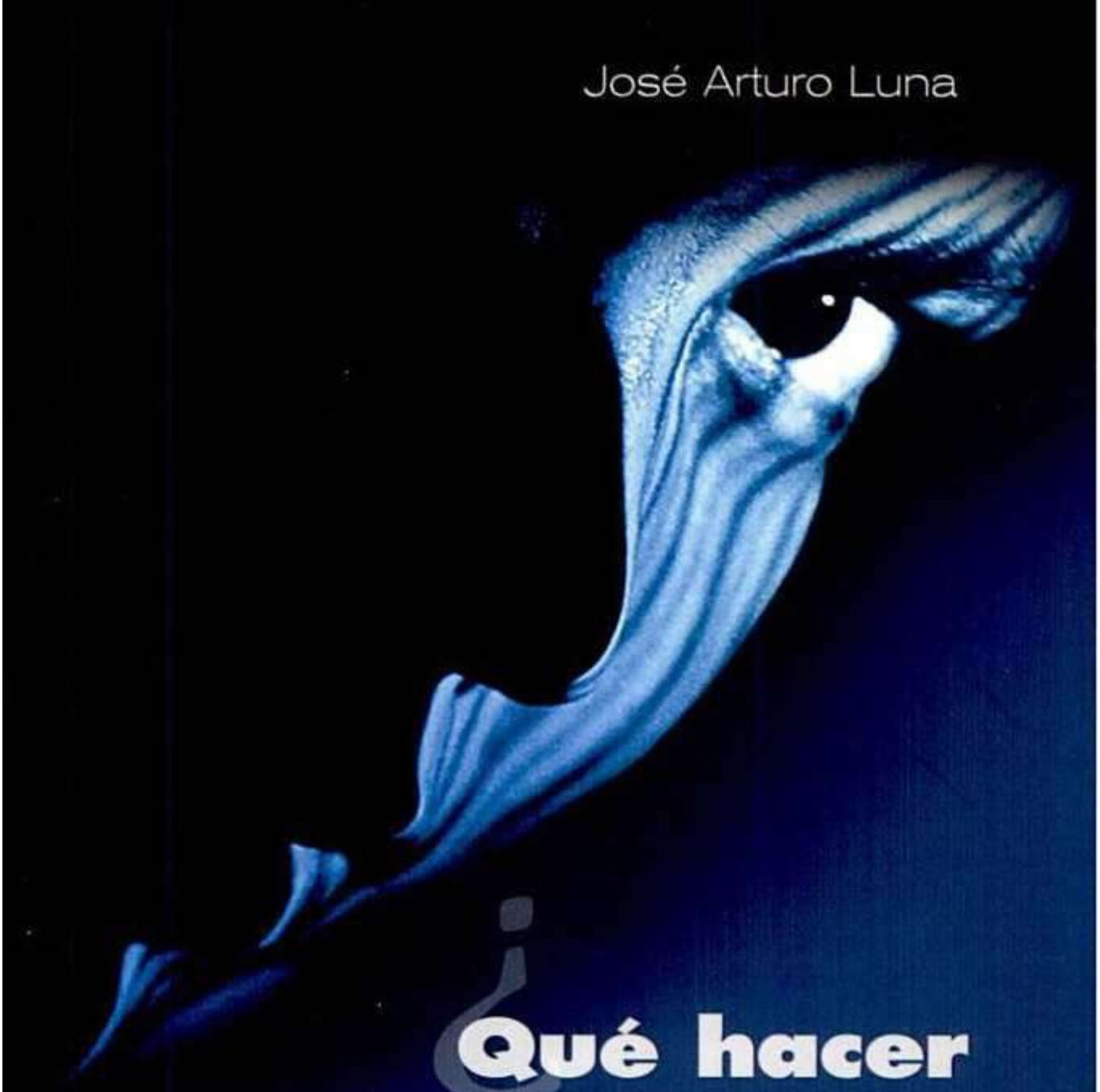
José Arturo Luna



¿Qué hacer con un HIJO ADICTO?

SAN PABLO

Material protegido por derechos de autor

¿QUÉ HACER CON UN HIJO ADICTO?

JOSÉ ARTURO LUNA

¿Qué hacer con un hijo adicto?

DEDICATORIA

A mis padres.
A un tesoro inmenso: María Helena.

INTRODUCCIÓN

El drama para los padres y familiares del adicto a sustancias psicoactivas es algo extremadamente doloroso. Quienes hemos vivido de cerca la lucha de los padres euro-peos con sus hijos drogadictos, en especial heroinómanos, quisiéramos que el padre latinoamericano, y en particular colombiano, no pasara por ese sufrimiento. Sin embargo, ve-mos no sin pesimismo, cómo día a día aumenta en nuestro medio el consumo de toda clase de sustancias psicoactivas: el alcohol es un flagelo desde los primeros cursos del bachi-llerato; el basuco, la marihuana y la cocaína siguen destru-yendo cientos de hogares; la heroína, el más potente de los derivados del opio, ha entrado recientemente en la compe-tencia: se calculan 6.000 casos en el medio colombiano.

Las experiencias y reflexiones de esta obra nacen de la práctica clínica con adictos suramericanos y europeos. La idea fundamental es orientar a los familiares para que entien-dan y actúen frente a una persona adicta.

En la primera parte se abordarán las nociones básicas sobre las adicciones, información que todo familiar debe ma-nejar como un primer paso para colaborar en la recuperación de la persona tóxicodependiente.

En la parte intermedia, se tratarán las pautas de comporta-miento de los familiares frente al adicto: ¿Qué es conveniente hacer cuando descubro el problema? ¿Qué abordajes existen para convencer al consumidor de psicoactivos que acepte un tratamiento?

En la parte final, se hace un breve resumen de los tra-tamientos posibles hoy en día y se busca orientar a los fami-liares frente a la gran variedad de terapias, en muchas de las cuales desafortunadamente se encuentran ofertas que no tie-nen el apoyo de una investigación seria y sistemática ni pre-sentan resultados a la vista.

Para terminar, se ha creído conveniente describir sen-cillamente algunas experiencias de adictos que luchan por salir adelante, ya que el contacto con personas rehabilitadas ha permitido verificar que sí se puede salir de la adicción activa.

CAPÍTULO I

NOCIONES BASICAS SOBRE LAS ADICCIONES

A. ¿Qué es la adicción a sustancias psicoactivas?

En el lenguaje popular y científico existen varios términos que de alguna manera indican la relación de una persona con una sustancia: drogadicción, alcoholis-mo, fármacodependencia, tóxicodependencia, adicción.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la fármacodependencia como: "Un estado psíquico y a veces también físico producido por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por comportamientos o reacciones que incluyen el uso compulsivo de la sustancia, continuo o periódico, para provocar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar determinado por su ausencia".

Una terminología adecuada para unificar las di-ferentes palabras es la propuesta por Pérez G.1: "Adic-ción a sustancias psicoactivas" (SPA) que nos indicaría la dependencia de una persona hacia aquellas sustancias que ejercen una acción sobre el sistema nervioso central (SNC), y que por lo tanto modifican el campo de con-ciencia del sujeto.

De esta manera, una persona puede ser adicta al al-cohol, a la cocaína y así sucesivamente a varias sus-tancias psicoactivas.

Antes de adentrarnos en el tema es importante co-nocer algunos conceptos claves en el desarrollo del mismo.

1. Tolerancia

Es un hecho fundamentalmente farmacológico que consiste en la disminución de la intensidad de los efec-tos producidos por una sustancia psicoactiva a medida que se repite su consumo. Se puede definir con la fórmula: a > (mayor) frecuencia de consumo < (menor) efecto. Por ejemplo, si una persona ingiere una sustan-cia psicoactiva, al momento de su ingestión percibe unos efectos "X". Durante varios días, quizá meses, sentirá esos mismos efectos "X", pero a medida que pa-sa el tiempo, van disminuyendo hasta que "no siente nada". Los efectos iniciales "X" "desaparecen" y para lograrlos nuevamente, tiene que aumentar la dosis de esa sustancia. En este momento ha desarrollado la to-lerancia. Es importante tener presente este fenómeno ya que después de que un adicto se ha desintoxicado, por ejemplo, de heroína y después de varios meses vuelve y consume una dosis alta, puede morir por so-bredosis, puesto que el organismo había recuperado su forma original de sensibilidad a los

efectos de la heroína (el mecanismo de la tolerancia no está presente). El consumidor de basuco empieza con un cigarrillo para "sentirse bien"; pasado algún tiempo tiene que aumen-tar a 2-3 cigarrillos diarios para lograr el efecto inicial.

2. Dependencia física

Consiste en la adaptación fisiológica a una sustancia. Algunos autores la denominan también neuroadap-tación.

El consumo permanente de psicoactivos produce modificaciones en el sistema nervioso central, en las neuronas, sinapsis, etc. El organismo se "acostumbra" a recibir su "dosis" de psicoactivo; al no serle suministrada ésta, se origina la "protesta": el comienzo de la crisis de abstinencia. El organismo, biológicamente hablando, comienza a "necesitar", a depender de una sustancia.

3. Dependencia psicológica

Se define como el impulso al consumo periódico o permanente de una sustancia, con el fin de experimentar un placer o disminuir un dolor.

Convierte al consumidor en una especie de esclavo, que no podrá realizar sus actividades normales sin re-currir al "bastón", en cuya ausencia le será imposible caminar.

Es importante aclarar que los dos fenómenos des-critos están relacionados: lo psíquico y lo físico son los componentes del individuo. Hay "momentos" donde "pesa" más uno de los dos, pero siempre existe una mutua influencia.

4. Crisis de abstinencia

Es el conjunto de signos y síntomas: "malestares" que aparecen cuando una persona adicta deja de con-sumir las sustancias psicoactivas.

Los signos y síntomas pueden variar, dependiendo de la persona, la clase de sustancia y el tiempo de consumo. Algunos son: náuseas, vómitos, taquicardia, escalofrío, insomnio, depresión, convulsiones. La experiencia enseña que el adicto "exagera" los síntomas de la crisis de abstinencia para manipular y conseguir medicamentos de toda clase.

Se plantean dos tipos de crisis de "abstinencia". Una se da a corto plazo y la otra en un tiempo más prolon-gado. La primera puede durar entre tres y cuatro días, según las características del individuo, sustancia y tiempo de consumo. Ocasiona mayor malestar de tipo físico que psicológico. La segunda puede durar hasta siete meses y los malestares más graves son de tipo psi-cológico. Después de la ingestión de la última dosis, la persona comienza a recuperarse poco a poco en su as-pecto físico: come bien, duerme con regularidad, cesan los calambres musculares o escalofríos, si estos últimos han existido; en su lugar comienza el malestar más de-licado: la depresión. El adicto ha perdido su "objeto amado": la sustancia psicoactiva. Se encuentra de nuevo sin el apoyo

del "bastón", tiene que enfrentar la realidad diaria. Es por esto que durante varios meses sufrirá manifestaciones de tipo depresivo, a las cuales deberá prestarse la mayor atención durante la terapia, ya que el adicto se encuentra "desnudo", con todos los complejos y traumas que la sustancia psicoactiva había "enmascarado".

5. Causas de la adicción

La etiología de la adicción a psicoactivos es un tema muy complejo (hay en juego muchísimas "variables"), mas no es el objetivo del presente análisis entrar en un estudio detallado de las "causas". D. Lettieri, M. Sayers y H.W. Pearson, han publicado su obra titulada Theories on Drug Abuse (Nida Research Monograph 30 1980), en el cual resumen la problemática así: habría unas 43 teorías que tratan de explicar el porqué una persona se vuelve adicta. Vista la adicción desde la óptica de la multicausalidad, se analizan factores de tipo biológico, psicológico, sociológico y espiritual que tienen que ver con la aparición del fenómeno que golpea de modo tan grave a la sociedad contemporánea.

Algunos factores de tipo social que indudablemente tienen que ver con la aparición de la adicción se ex-ponen así:

– Deficiencia en la prestación de servicios básicos a cargo del Estado, que obliga a muchas personas a de-dicarse a la producción, comercio y consumo de sus-tancias psicoactivas (teoría de la marginalidad).

– Estrategias de control, prevención y represión, que algunas veces se ponen en práctica y otras se olvidan, según las conveniencias políticas de los países.

– Mecanismos de mercado, oferta y demanda que de-terminan la producción, comercio y consumo.

– Características geográficas de un país que pueden fa-vorecer o no el consumo.

Entre los factores de tipo personal bio-psico-espiri-tual, que influyen en el consumo de psicoactivos, se cuentan:

– Predisposición biológica.

– Depresión.

– Influencia de los amigos.

– Actitud favorable al consumo.

– Baja tolerancia a la frustración.

– Problemas de identidad. Baja autoestima.

– Falta de asertividad ("no digas sí cuando quieras decir no").

– Falta de programación del tiempo libre.

– Ausencia del padre.

– Uso precoz del cigarrillo.

– Uso indiscriminado de medicinas por parte de los padres.

– Conflictos familiares graves.

– Pérdida de valores éticos o religiosos.

– Carencia de metas—vacío existencial.

Cuando se habla de "causas" para intentar explicar la aparición de la adicción, se hace referencia a menores o mayores probabilidades de que aparezca el fenómeno y no de una relación lineal: 1 causa-1 efecto. Así por ejemplo, una persona puede poseer todos los factores enumerados anteriormente y carecer de problemas de adicción, mientras que otra, puede ser ajena a aquellos factores y sin embargo convertirse en adicta.

Los factores causales nos permiten concluir que, en la medida en que se conjuguen mayor número de ele-mentos, las probabilidades para el desarrollo de una adicción son mayores.

Para algunos padres de jóvenes adictos la pregunta ¿por qué mi hijo es así? ¿Qué le faltó? Se convierte en un martirio y el complejo de culpa no les permite man-tener la suficiente serenidad para afrontar el problema. Al respecto, es bueno recordar alguna frase de Viktor Frankl, el fundador de la logoterapia, quien afirma que frente al destino inevitable y adverso es inútil pre-guntarnos, "¿Por qué a mí? Por el contrario, nuestro de-ber es replicar, dar una respuesta, actuar".

6. Patrones de consumo de sustancias psicoactivas

Una persona no se vuelve adicta de un día para otro, sino mediante un "proceso" con etapas que señalan un mayor o menor grado de relación con el psicoactivo. Existen varios "tests" o cuestionarios que pueden rea-lizar un diagnóstico del joven. Algunos de los tests de diagnóstico más utilizados son el índice de severidad de adicción "ASI" y la prueba para alcoholismo "CAGE". En Europa es frecuente utilizar los exámenes de orina para detectar el nivel de adicción.

Una descripción muy conocida de los patrones de consumo de sustancias psicoactivas, que nos puede dar una aproximación diagnóstica es la propuesta por la National Comission on Marihuana and Drug Abuse, organismo norteamericano que la publicó en 1973 y plantea lo siguiente:

a) Consumo experimental y/u ocasional

Se usa la droga por curiosidad, por "probar".

b) Consumo social y/o recreativo

El consumo se hace más regular en relación con la categoría anterior. Se usa en fiestas y juegos; el fin es facilitar encuentros y relaciones sociales.

c) Consumo circunstancial y/o situacional

Determinadas circunstancias o situaciones se convierten en un "problema"

para la persona, la cual cree que drogándose puede afrontar mejor dichas condiciones (deportes, trabajo, sexualidad).

d) Consumo intenso

Ante las más variadas circunstancias, la persona en-cuentra la "excusa" para drogarse, para "superar" un problema. El consumo mínimo es una vez al día.

e) Consumo compulsivo

El uso se hace para evitar la crisis de abstinencia. Todas las actividades de la persona van encaminadas a buscar la droga.

B. Características del adicto

Un elemento que impresiona considerablemente a los expertos que han trabajado con personas adictas de diferentes nacionalidades y clases sociales es la consistencia de algunas "características" o "formas de ser" de los adictos en general. Investigadores como Ya-blonsky2, quien por más de 35 años ha trabajado en esta área, así lo confirman. Veamos algunas:

1. Negación

El adicto niega que esté en dificultades con la droga o el alcohol. Algunas frases típicas son: "Yo solo puedo salir de esto, yo no soy como fulano, el hijo de doña..., ese sí es un drogadicto, pero yo no, yo sé controlarme"; "mija, pero dese cuenta, ya llevo quince días sin to-marme una cerveza, ¿se fija que no soy un alcohólico?", "yo sólo lo hago los fines de semana o cuando voy a un paseo o fiesta".

Esta primera fase normalmente la vive también la familia, que trata de esconder la problemática, de negar-la, de hacerse ilusiones de que su familiar no es adicto.

2. Autoengaño

La persona se dice mentiras a sí misma. Se promete una y mil veces que será la última vez que se droga o se emborracha; que tiene fuerza de voluntad para dejar el trago o la droga. Un autor dice al respecto: "El droga-dicto se droga para prometerse que no se va a volver a drogar". Puede parecer paradójico pero hay mucho de verdad en este mecanismo de autoengaño del adicto.

3. Victimismo

Es una fase posterior a la negación. Acepta en algo sus dificultades frente a la droga, pero comienza a responsabilizar a los demás de ser los culpables de su problema: "Vea, es por esa cantaleta suya que yo me emborracho"; "es que no encuentro trabajo"; "es que no tuve un hogar, me pegaban cuando niño". Hechos todos que pueden ser verdaderos pero que el drogadicto los utiliza para no enfrentar su problema, para manipular a los demás, haciéndose pasar por una "víctima" de ellos.

4. Manipulación

El adicto sabe muy bien cuáles son los puntos débiles y fuertes de cada uno de sus familiares: papá, mamá, hermanos, esposa, etc. Al conocer estos puntos los ma-nipula o "chantajea" para conseguir lo que quiere: con-sumir droga. El familiar del adicto siempre debe estar atento y preguntarse: ¿Qué está buscando con la pro-puesta o acción que plantea en este momento?

El sabe que si le "ayuda" a su hermana con el novio, logrará conmoverla; si a su padre le habla de su equipo de fútbol favorito, conseguirá algo.

5. Deseo irresistible por la droga

El adicto sólo tiene una idea en la cabeza y es: ¿Có-mo y cuándo consumiré de nuevo? Varios autores lla-man "compulsión" a este deseo irresistible.

Cuántas mujeres se hicieron novias o se casaron con una persona adicta, creyendo sinceramente que su "amor" lo alejaría de la sustancia (alcohol, cocaína, ba-suco, etc.). El adicto está en "unión simbiótica" con la sustancia, es una unión total. Entre el adicto y la sus-tancia es difícil que alguien pueda penetrar solamente con la buena voluntad . Es necesario sabérsele "acercar" para que asuma el tratamiento.

6. Mitomanía

Mentir es algo completamente normal para el adicto. Hace parte de su mundo; tiene relación con lo que de-cíamos anteriormente sobre el "autoengaño": llega al punto de decirse mentiras a sí mismo.

C. ¿Por qué el adicto se "apega" tanto a la sustancia?

La gran atracción que ejerce la droga sobre el sujeto dependiente de ésta y el "enamoramiento total" del adicto hacia la sustancia son factores que causan gran impacto entre los profesionales que trabajan con ellos.

Analizando los efectos psicológicos placenteros, "reparadores" que causa en el individuo, se entiende el porqué de esta atracción. El consumidor de heroína o cocaína habla de sentir un "orgasmo generalizado" cuando la sustancia llega, especialmente, si es por la vía endovenosa.

En síntesis, todas las sustancias psicoactivas al ac-tuar sobre el sistema nervioso central, producen tres hechos muy gratificantes para el drogadicto, lo que ex-plica en gran parte el "poder" de la sustancia:

1. Flash ("golpe", "corrientazo", "energía", etc.)

Produce un indudable placer y ocurre durante los primeros minutos, mientras la sustancia penetra en el organismo.

2. Escape ante un dolor

En el momento de drogarse, el sujeto está luchando por resolver un problema. Tiene una situación frustrante a sus espaldas, de la cual desea liberarse, así sea

por unos minutos solamente. El problema puede ser aburri-miento, depresión, angustia, etc. La gratificación, para una personalidad débil como la del drogadicto, consis-tiría, en sentirse "sin problema" momentáneamente, "gracias a la droga".

3. Supresión del síndrome de abstinencia

El drogadicto sabe muy bien que después de un tiempo determinado, a partir de la última ingestión de droga, corre el riesgo de sufrir el síndrome de abstinencia, es decir, molestias a nivel psicofisiológico (sudoración, temblores, diarreas, culpabilidad, apatía, etc.). Librarse de estos malestares, "gracias" a la ingestión de la droga constituye un factor importante que explica su poder sobre el sujeto.

4. Rituales del consumo

Los adictos cuando consumen en grupo cumplen unos ritos o unas ceremonias que en alguna forma crean solidaridad y bienestar para ellos. Por ejemplo, en los consumidores de cerveza uno de los ritos es: derramar unas gotas de cerveza en el piso para saber si "no está pasada"; derramar unas gotas a sus espaldas diciendo "para las ánimas benditas"; y, posteriormente, con la uña del pulgar romper la etiqueta del envase y juguetear con el papel. Acto seguido, comienzan a hablar de temas muy variados (mujeres, política y deportes).

En el consumo de la heroína se reparten las funciones. Así por ejemplo, uno lleva la cuchara pequeña, otro el limón, otro el caucho, otro el encendedor, otro el psicoactivo y entre todos preparan la droga que después han de inyectarse.

Estos ritos o ceremonias son reforzantes, es decir, conductas que aumentan las probabilidades para que los adictos se reúnan de nuevo para consumir el psicoactivo.

Clases de sustancias psicoactivas

Entre las sustancias de uso más frecuente, que gene-ran problemas a nivel personal, familiar y social son:

—Alcohol

Inicialmente desinhibe a la persona. La vuelve extrovertida. Después la deprime. Es considerada depresor del sistema nervioso central (SNC).

Algunos efectos: produce dependencia psicológica, física y tolerancia. Esta última puede "frenarse", es de-cir, que en algún momento la persona con la ingestión de unas pocas cervezas, o "tragos" se "emborracha". Por el contrario, en la mayoría de los otros psicoactivos la persona tiene que consumir cada vez más sustancia para sentir sus efectos. El alcohol afecta el razona-miento, la memoria (se producen "lagunas"; no recuerda situaciones vividas recientemente).

El hígado y el cerebro pueden sufrir graves lesiones a causa del consumo a largo plazo. La suspensión repentina del consumo de alcohol por parte de un

adicto puede producir temblores, alucinaciones y hasta convulsiones.

—Tranquilizantes

Son medicamentos depresores del SNC.

Algunos efectos: pueden producir sueño, desinterés. Son relajantes. Disminuyen la ansiedad y afectan el sis-tema límbico y el hipotálamo. La interrupción repentina del consumo puede producir insomnio, temblores, delirios y convulsiones.

Formas de consumo: por vía oral e inyectada. Algunos tranquilizantes son: Librium, Nobrium, Diaze pan, Quait.

Nombres: entre los adictos se les da el nombre de "pepas".

—Barbitúricos

Son medicamentos depresores del SNC.

Algunos efectos: sirven como antiepilépticos, anes-tésicos, sedantes. Producen muchos cambios en el ca-rácter de la persona, falta de coordinación motora, desórdenes en el razonamiento. Afectan el bulbo raquídeo. Como en el caso de los tranquilizantes menores, la in-terrupción repentina del consumo puede producir temblores, delirios y convulsiones.

Formas de consumo: por vía oral e inyectada.

Algunos barbitúricos son el Seconal, Fenobarbital, Tuinal, Nembutal.

Nombres: los nombres comunes en el ambiente de los adictos son: "diablo rojo", "arco iris", "cielo azul".

—Opio

Depresor del sistema nervioso central. Es el jugo o sustan-cia base de origen natural de la Papaver Somniferum Album.

Algunos efectos: produce sueño, cambios de humor (alegría-tristeza), dificultad de concentración, disminución de los dolores, dependencia física-psicológica, tolerancia, crisis de abstinencia. Afecta el sistema cardiovascular y gastrointestinal.

Forma de consumo: por vía oral (masticación), cigarrillos, pipa e inyectada. La interrupción del con-sumo puede producir vómitos, mareos y convulsiones.

—Morfina

Es el principal alcaloide del opio. Es un depresor del SNC.

Algunos efectos: produce sueño. De ahí que su nombre se derive de Morfeo, dios griego del sueño y de los sueños. Disminuye las sensaciones de dolor. Afecta el hígado y el sistema cardiovascular y gastrointestinal. El humor o "genio" del adicto a la morfina es muy variable (alegría-tristeza). La dificultad para concentrarse es muy notoria.

Formas de consumo: el uso de la morfina por vía endovenosa produce una rápida dependencia física. Después de una semana de consumo diario queda

ins-taurado dicho fenómeno.

—Heroína

Depresor del SNC. Es un derivado de la morfina. En el año de 1898 fue lanzada al mercado después de una intensa campaña publicitaria que la describía como un "potente analgésico, preparado seguro, no tiene propiedades adictivas"3. Pocos años después la realidad mostró algo bien diferente: la heroína resultaba más potente que la morfina, y se convertía en el más poderoso de los opiáceos. El daño que genera en la persona del adicto es devastador. Durante cinco años, el autor pudo ver los estragos en los jóvenes europeos. La acción de la heroína sobre el adicto dura entre tres y cuatro horas (menos que la morfina, la cual actúa entre cuatro y seis horas), así que el dependiente tiene que buscar nuevamente su dosis para evitar los efectos de la suspensión de la sustancia: temblores, rinorrea, diarrea, escalofríos, depresión, insomnio. La heroína produce un "flash" muy caliente que progresivamente recorre todo el cuerpo con sensaciones lumbares y abdominales que el adicto define como un "orgasmo generalizado". Después del "flash" vienen los efectos analgésicos, tranquilizantes y algo de euforia.

Formas de consumo: la heroína se puede fumar o inhalar; la forma más común de consumo es por vía en-dovenosa; de esta manera surgen las complicaciones más graves para el heroinómano: hepatitis viral, endocarditis bactérica y sida. La muerte por sobredosis de heroína es desafortunadamente algo muy frecuente en los países europeos y Norteamérica.

Paradójicamente, a pesar de que la crisis de absti-nencia, a veces es dramática, el autor fue testigo de centenares de desintoxicaciones de jóvenes heroinó-manos que en el ambiente de la comunidad terapéutica salieron adelante sin necesidad de recurrir a fármacos sustitutivos4 (la bibliografía que respalda estas experiencias es abundante).

Nombres: "Hero", "Brown Sugar".

—Metadona

Es un opioide (producto sintético similar al opio). Depresor del sistema nervioso central.

Algunos efectos: deprime los centros de la respi-ración y en caso de sobredosis puede producir muerte por edema pulmonar. Afecta el sistema cardiovascular, gastrointestinal y el hígado.

Forma de consumo: ha sido propuesto y usado para la desintoxicación de adictos de opiáceos (heroína-morfina). Las críticas sobre los peligros del uso de la metadona como fármaco sustituto o de "mantenimiento" para los heroi-nómanos o morfinómanos es bien conocida en Europa5. El autor fue testigo, durante varios años en Italia, del miedo del adicto a una "crisis de abstinencia de metadona". En este momento hay en Europa y en Estados Unidos, miles de

adictos a la metadona, que quedaron "enganchados" cuando se les involucró en programas estatales o privados de desintoxicación de la heroína o morfina. Es de desear que no se cometan los mismos errores en nuestro medio.

Algunos científicos, entre ellos, Hantzberg Paul del hospital S.T. Anne de París, plantean que la metadona puede ser un inmunodepresor, lo cual podría llevar a una relación con el sida. La metadona en el tratamiento de adictos a opiáceos debe ser una excepción utilizada como único recurso después de una estricta evaluación. Durante varios años en Europa, los mejores resultados de recuperación de adictos se da en aquellos que no se habían "desintoxicado" con metadona. Su poder iatro-génico es muy alto.

—Inhalantes

Son depresores del SNC. Normalmente son productos sintéticos derivados del petróleo. Son los más utilizados por los niños o "gamines" de la calle. Producen embriaguez, pérdida del apetito, cansancio muscular, tos, hemorragia, trastornos en la percepción. A largo plazo pueden causar hepatitis y lesiones cerebrales. Su forma de consumo es la inhalación, que causa graves daños en las fosas nasales y en los pulmones.

Algunos efectos: origina dependencia física, psi-cológica, tolerancia y crisis de abstinencia.

Los principales psicoactivos inhalantes son: el thin-ner, la gasolina, los pegantes, la nafta, los quitamanchas, las pinturas.

Nombres: se conocen como "pegantes", "chupar".

—Tabaco

Es un estimulante del SNC. Produce una sensación de "energía" y relajación muscular. El humo del ci-garrillo contiene cerca de 4.000 sustancias químicas, varias de las cuales son cancerígenas. La nicotina es la más influyente en la dependencia física, psíquica, tolerancia y crisis de abstinencia.

Los efectos del tabaco sobre las coronarias, laringe, pulmones, esófago e hígado son muy conocidas.

—Cafeína

Es un estimulante del SNC. Se encuentra en el café.

Algunos efectos: produce nerviosismo, aumento del metabolismo del cuerpo, pérdida de sueño. La agresi-vidad también puede tener relación con el consumo de la cafeína. La dependencia física, psicológica, la tolerancia y la crisis de abstinencia, con una menor intensidad, también se presentan en el "adicto a la cafeína".

—Cocaína

Es un estimulante del SNC, extraído de las hojas del árbol de la coca.

Algunos efectos: aumento del ritmo cardíaco y respiratorio, sensación de

placer, aumento de la capacidad de atención, disminución de la fatiga, la sed y el hambre, aumento del deseo sexual, pero a la vez impedimento en la erección, ansiedad, agitación, convulsiones. Cuando su uso ha sido crónico, pueden aparecer ideas persecutorias y agresividad.

Los estudios sobre la influencia de la cocaína sobre algunos neurotransmisores químicos (Dopamina, Sero-tonina, Norepinefrina) son muy conocidos6.

Formas de consumo: inyectada, inhalada, fumada. Algunos se la aplican en las mucosas genitales u orales.

Nombres: "Perica", "nieve".

—Basuco

Estimulante del SNC. Es un derivado de la coca (sulfato de cocaína). Por tratarse de un producto con muchas mezclas puede contener gasolina, ácido sulfúri-co, mejoral, harina, polvo de ladrillo, etc.

Algunos efectos: intoxicación por plomo, afecciones pulmonares y cerebrales, taquicardia, enfermedades gas-trointestinales, afecciones al hígado, riñones, dientes.

En el plano psicológico causa mal genio, agresivi-dad, alucinaciones.

Formas de consumo: inhalación de vapores o fu-mada.

Nombres: "Zuzuqui", "tierra", "ladrillo".

—Crack

Estimulante del SNC. Es una mezcla de cocaína, bicarbonato de sodio y agua.

Algunos efectos: son muy semejantes a los del ba-suco. Al inicio hay una "subida" (hiperactividad, excita-ción) pero pocos minutos más tarde viene una caída (ansiedad, tristeza, indiferencia). Se forma un círculo donde el adicto quiere volver a fumar para volver a vi-vir los momentos de "subida".

Nombres: "Rock", "roca", "pastel".

—Anfetaminas

Son medicamentos estimulantes del SNC.

Algunos efectos: aceleran los ritmos cardiorespiratorios; disminuyen el apetito, causan mareos, ansiedad, sudoraciones abundantes. El consumo crónico de anfetaminas puede causar alucinaciones y delirios de persecución. Se consumen por vía oral, inyectadas o inhaladas.

Algunos nombres comerciales son: Benzedrina, De-xedrina, Bifetamina.

Nombres: "Pepas", "speed", "despertadores".

—Cannabis sativa

Es una planta de la cual se derivan diferentes psicoactivos: la marihuana, hashish, aceite de hashish.

Algunos efectos: la marihuana tiene diferentes efec-tos sobre el SNC. Puede

ser un estimulante, un sedativo o un alucinante. Hay cientas de investigaciones científicas que demuestran los efectos físicos y mentales negativos de la marihuana. En los hombres, la cantidad y la calidad de los espermatozoides se ven afectadas y en las mujeres, son frecuentes los problemas menstruales. También se producen daños irreparables en el cerebro, los pulmones y el hígado. Junto con el alcohol se les considera la puerta de entrada del joven al ciclo de la adicción grave.

Forma de consumo: masticada o fumada.

Nombres: "La hierba", "la mona".

—Hashish

Es la resina que se extrae de las hojas de la planta. Es más fuerte que la marihuana ya que contiene mayor concentración de THC (componente activo, delta—9— Tetrahidrocanabinol). También se mastica o se fuma como la marihuana.

Nombres: "Panes", "hash".

—Aceite de hashish

Esencialmente es el mismo hashish, sólo que se presenta como un líquido almibarado con colores que varían entre el claro y el negro.

Forma de consumo: usualmente se impregna al tabaco común y se fuma.

Nombres: "Oil", "líquido".

—Acido lisérgico (L.S.D.)

Es extraído del centeno, uno de los alucinógenos más potentes que existen.

Algunos efectos: produce ilusiones y alucinaciones, aumento de la temperatura del cuerpo y de la presión sanguínea. Puede causar graves formas de psicosis. Es tan fuerte que llega a afectar los cromosomas.

Formas de consumo: oralmente, inyectado o coloca-do en los ojos.

Nombres: "Cubitos", "ácido", "viaje".

—Mescalina

Es un alucinógeno. Se extrae del cactus mexicano Peyote.

Algunos efectos: pérdida del apetito, insomnio, au-mento de la presión sanguínea. Causa fuertes disocia-ciones comunes a la esquizofrenia.

Formas de consumo: se puede fumar, masticar o tragar.

Nombres: "Pepas", "botones", "cactus".

—Fenciclidina (PCP)

Es una sustancia sintética, alucinógena, con propie-dades depresoras.

Algunos efectos: bloquea los centros receptores del dolor; embota los sentidos, disminuyendo la coordinación muscular. Se dan comportamientos violentos con delirios de persecución. Afecta el ritmo cardíaco y respiratorio.

Formas de consumo: oralmente, inyectada o fumada.

Nombre: "Polvo de ángel".

—Psilocibina

Es un alucinógeno. Se encuentra en una clase de hongos silvestres.

Algunos efectos: produce fenómenos semejantes a los del L.S.D.

Forma de consumo: masticada. Mezclada con otros se puede fumar.

Nombres: "Hongos", "estiércol".La gran atracción que ejerce la droga sobre el sujeto dependiente de ésta y el "enamoramiento total" del adicto hacia la sustancia son factores que causan gran impacto entre los profesionales que trabajan con ellos.

Analizando los efectos psicológicos placenteros, "reparadores" que causa en el individuo, se entiende el porqué de esta atracción. El consumidor de heroína o cocaína habla de sentir un "orgasmo generalizado" cuando la sustancia llega, especialmente, si es por la vía endovenosa.

En síntesis, todas las sustancias psicoactivas al ac-tuar sobre el sistema nervioso central, producen tres hechos muy gratificantes para el drogadicto, lo que ex-plica en gran parte el "poder" de la sustancia:

1. Flash ("golpe", "corrientazo", "energía", etc.)

Produce un indudable placer y ocurre durante los primeros minutos, mientras la sustancia penetra en el organismo.

2. Escape ante un dolor

En el momento de drogarse, el sujeto está luchando por resolver un problema. Tiene una situación frustrante a sus espaldas, de la cual desea liberarse, así sea por unos minutos solamente. El problema puede ser aburri-miento, depresión, angustia, etc. La gratificación, para una personalidad débil como la del drogadicto, consis-tiría, en sentirse "sin problema" momentáneamente, "gracias a la droga".

3. Supresión del síndrome de abstinencia

El drogadicto sabe muy bien que después de un tiempo determinado, a partir de la última ingestión de droga, corre el riesgo de sufrir el síndrome de absti-nencia, es decir, molestias a nivel psicofisiológico (sudoración, temblores, dia-rreas, culpabilidad, apatía, etc.). Librarse de estos malestares, "gracias" a la ingestión de la droga constituye un factor importante que explica su poder sobre el sujeto.

4. Rituales del consumo

Los adictos cuando consumen en grupo cumplen unos ritos o unas ceremonias que en alguna forma crean solidaridad y bienestar para ellos. Por ejemplo, en los consumidores de cerveza uno de los ritos es: derramar unas gotas de

cerveza en el piso para saber si "no está pasada"; derramar unas gotas a sus espaldas diciendo "para las ánimas benditas"; y, posteriormente, con la uña del pulgar romper la etiqueta del envase y juguetear con el papel. Acto seguido, comienzan a hablar de temas muy variados (mujeres, política y deportes).

En el consumo de la heroína se reparten las funciones. Así por ejemplo, uno lleva la cuchara pequeña, otro el limón, otro el caucho, otro el encendedor, otro el psicoactivo y entre todos preparan la droga que después han de inyectarse.

Estos ritos o ceremonias son reforzantes, es decir, conductas que aumentan las probabilidades para que los adictos se reúnan de nuevo para consumir el psicoactivo.

Clases de sustancias psicoactivas

Entre las sustancias de uso más frecuente, que gene-ran problemas a nivel personal, familiar y social son:

—Alcohol

Inicialmente desinhibe a la persona. La vuelve extrovertida. Después la deprime. Es considerada depresor del sistema nervioso central (SNC).

Algunos efectos: produce dependencia psicológica, física y tolerancia. Esta última puede "frenarse", es de-cir, que en algún momento la persona con la ingestión de unas pocas cervezas, o "tragos" se "emborracha". Por el contrario, en la mayoría de los otros psicoactivos la persona tiene que consumir cada vez más sustancia para sentir sus efectos. El alcohol afecta el razona-miento, la memoria (se producen "lagunas"; no recuerda situaciones vividas recientemente).

El hígado y el cerebro pueden sufrir graves lesiones a causa del consumo a largo plazo. La suspensión repentina del consumo de alcohol por parte de un adicto puede producir temblores, alucinaciones y hasta convulsiones.

—Tranquilizantes

Son medicamentos depresores del SNC.

Algunos efectos: pueden producir sueño, desinterés. Son relajantes. Disminuyen la ansiedad y afectan el sis-tema límbico y el hipotálamo. La interrupción repentina del consumo puede producir insomnio, temblores, de-lirios y convulsiones.

Formas de consumo: por vía oral e inyectada. Algunos tranquilizantes son: Librium, Nobrium, Diaze pan, Quait.

Nombres: entre los adictos se les da el nombre de "pepas".

—Barbitúricos

Son medicamentos depresores del SNC.

Algunos efectos: sirven como antiepilépticos, anes-tésicos, sedantes. Producen muchos cambios en el ca-rácter de la persona, falta de coordinación motora, de-

sórdenes en el razonamiento. Afectan el bulbo raquídeo. Como en el caso de los tranquilizantes menores, la in-terrupción repentina del consumo puede producir temblores, delirios y convulsiones.

Formas de consumo: por vía oral e inyectada.

Algunos barbitúricos son el Seconal, Fenobarbital, Tuinal, Nembutal.

Nombres: los nombres comunes en el ambiente de los adictos son: "diablo rojo", "arco iris", "cielo azul".

—Opio

Depresor del sistema nervioso central. Es el jugo o sustan-cia base de origen natural de la Papaver Somniferum Album.

Algunos efectos: produce sueño, cambios de humor (alegría-tristeza), dificultad de concentración, disminución de los dolores, dependencia física-psicológica, tolerancia, crisis de abstinencia. Afecta el sistema cardiovascular y gastrointestinal.

Forma de consumo: por vía oral (masticación), cigarrillos, pipa e inyectada. La interrupción del con-sumo puede producir vómitos, mareos y convulsiones.

—Morfina

Es el principal alcaloide del opio. Es un depresor del SNC.

Algunos efectos: produce sueño. De ahí que su nombre se derive de Morfeo, dios griego del sueño y de los sueños. Disminuye las sensaciones de dolor. Afecta el hígado y el sistema cardiovascular y gastrointestinal. El humor o "genio" del adicto a la morfina es muy variable (alegría-tristeza). La dificultad para concentrarse es muy notoria.

Formas de consumo: el uso de la morfina por vía endovenosa produce una rápida dependencia física. Después de una semana de consumo diario queda ins-taurado dicho fenómeno.

—Heroína

Depresor del SNC. Es un derivado de la morfina. En el año de 1898 fue lanzada al mercado después de una intensa campaña publicitaria que la describía como un "potente analgésico, preparado seguro, no tiene propiedades adictivas"3. Pocos años después la realidad mostró algo bien diferente: la heroína resultaba más potente que la morfina, y se convertía en el más poderoso de los opiáceos. El daño que genera en la persona del adicto es devastador. Durante cinco años, el autor pudo ver los estragos en los jóvenes europeos. La acción de la heroína sobre el adicto dura entre tres y cuatro horas (menos que la morfina, la cual actúa entre cuatro y seis horas), así que el dependiente tiene que buscar nuevamente su dosis para evitar los efectos de la suspensión de la sustancia: temblores, rinorrea, diarrea, escalofríos, depresión, insomnio. La heroína produce un "flash" muy caliente que progresivamente recorre todo el cuerpo con sensaciones lumbares y abdominales que el adicto

define como un "orgasmo generalizado". Después del "flash" vienen los efectos analgésicos, tranquilizantes y algo de euforia.

Formas de consumo: la heroína se puede fumar o inhalar; la forma más común de consumo es por vía en-dovenosa; de esta manera surgen las complicaciones más graves para el heroinómano: hepatitis viral, endocarditis bactérica y sida. La muerte por sobredosis de heroína es desafortunadamente algo muy frecuente en los países europeos y Norteamérica.

Paradójicamente, a pesar de que la crisis de absti-nencia, a veces es dramática, el autor fue testigo de centenares de desintoxicaciones de jóvenes heroinó-manos que en el ambiente de la comunidad terapéutica salieron adelante sin necesidad de recurrir a fármacos sustitutivos4 (la bibliografía que respalda estas experiencias es abundante).

Nombres: "Hero", "Brown Sugar".

—Metadona

Es un opioide (producto sintético similar al opio). Depresor del sistema nervioso central.

Algunos efectos: deprime los centros de la respi-ración y en caso de sobredosis puede producir muerte por edema pulmonar. Afecta el sistema cardiovascular, gastrointestinal y el hígado.

Forma de consumo: ha sido propuesto y usado para la desintoxicación de adictos de opiáceos (heroína-morfina). Las críticas sobre los peligros del uso de la metadona como fármaco sustituto o de "mantenimiento" para los heroi-nómanos o morfinómanos es bien conocida en Europa5. El autor fue testigo, durante varios años en Italia, del miedo del adicto a una "crisis de abstinencia de metadona". En este momento hay en Europa y en Estados Unidos, miles de adictos a la metadona, que quedaron "enganchados" cuando se les involucró en programas estatales o privados de desintoxicación de la heroína o morfina. Es de desear que no se cometan los mismos errores en nuestro medio.

Algunos científicos, entre ellos, Hantzberg Paul del hospital S.T. Anne de París, plantean que la metadona puede ser un inmunodepresor, lo cual podría llevar a una relación con el sida. La metadona en el tratamiento de adictos a opiáceos debe ser una excepción utilizada como único recurso después de una estricta evaluación. Durante varios años en Europa, los mejores resultados de recuperación de adictos se da en aquellos que no se habían "desintoxicado" con metadona. Su poder iatro-génico es muy alto.

—Inhalantes

Son depresores del SNC. Normalmente son productos sintéticos derivados del petróleo. Son los más utilizados por los niños o "gamines" de la calle. Producen embriaguez, pérdida del apetito, cansancio muscular, tos, hemorragia, trastornos en la percepción. A largo plazo pueden causar hepatitis y lesiones

cerebrales. Su forma de consumo es la inhalación, que causa graves daños en las fosas nasales y en los pulmones.

Algunos efectos: origina dependencia física, psi-cológica, tolerancia y crisis de abstinencia.

Los principales psicoactivos inhalantes son: el thin-ner, la gasolina, los pegantes, la nafta, los quitamanchas, las pinturas.

Nombres: se conocen como "pegantes", "chupar".

—Tabaco

Es un estimulante del SNC. Produce una sensación de "energía" y relajación muscular. El humo del ci-garrillo contiene cerca de 4.000 sustancias químicas, varias de las cuales son cancerígenas. La nicotina es la más influyente en la dependencia física, psíquica, tolerancia y crisis de abstinencia.

Los efectos del tabaco sobre las coronarias, laringe, pulmones, esófago e hígado son muy conocidas.

—Cafeína

Es un estimulante del SNC. Se encuentra en el café.

Algunos efectos: produce nerviosismo, aumento del metabolismo del cuerpo, pérdida de sueño. La agresi-vidad también puede tener relación con el consumo de la cafeína. La dependencia física, psicológica, la tolerancia y la crisis de abstinencia, con una menor intensidad, también se presentan en el "adicto a la cafeína".

—Cocaína

Es un estimulante del SNC, extraído de las hojas del árbol de la coca.

Algunos efectos: aumento del ritmo cardíaco y respiratorio, sensación de placer, aumento de la capacidad de atención, disminución de la fatiga, la sed y el hambre, aumento del deseo sexual, pero a la vez impedimento en la erección, ansiedad, agitación, convulsiones. Cuando su uso ha sido crónico, pueden aparecer ideas persecutorias y agresividad.

Los estudios sobre la influencia de la cocaína sobre algunos neurotransmisores químicos (Dopamina, Sero-tonina, Norepinefrina) son muy conocidos6.

Formas de consumo: inyectada, inhalada, fumada. Algunos se la aplican en las mucosas genitales u orales.

Nombres: "Perica", "nieve".

—Basuco

Estimulante del SNC. Es un derivado de la coca (sulfato de cocaína). Por tratarse de un producto con muchas mezclas puede contener gasolina, ácido sulfúri-co, mejoral, harina, polvo de ladrillo, etc.

Algunos efectos: intoxicación por plomo, afecciones pulmonares y cerebrales, taquicardia, enfermedades gas-trointestinales, afecciones al hígado, riñones,

dientes.

En el plano psicológico causa mal genio, agresivi-dad, alucinaciones.

Formas de consumo: inhalación de vapores o fu-mada.

Nombres: "Zuzuqui", "tierra", "ladrillo".

—Crack

Estimulante del SNC. Es una mezcla de cocaína, bicarbonato de sodio y agua.

Algunos efectos: son muy semejantes a los del ba-suco. Al inicio hay una "subida" (hiperactividad, excita-ción) pero pocos minutos más tarde viene una caída (ansiedad, tristeza, indiferencia). Se forma un círculo donde el adicto quiere volver a fumar para volver a vi-vir los momentos de "subida".

Nombres: "Rock", "roca", "pastel".

—Anfetaminas

Son medicamentos estimulantes del SNC.

Algunos efectos: aceleran los ritmos cardiorespiratorios; disminuyen el apetito, causan mareos, ansiedad, sudoraciones abundantes. El consumo crónico de anfetaminas puede causar alucinaciones y delirios de persecución. Se consumen por vía oral, inyectadas o inhaladas.

Algunos nombres comerciales son: Benzedrina, De-xedrina, Bifetamina.

Nombres: "Pepas", "speed", "despertadores".

—Cannabis sativa

Es una planta de la cual se derivan diferentes psicoactivos: la marihuana, hashish, aceite de hashish.

Algunos efectos: la marihuana tiene diferentes efec-tos sobre el SNC. Puede ser un estimulante, un sedativo o un alucinante. Hay cientas de investigaciones científicas que demuestran los efectos físicos y mentales negativos de la marihuana. En los hombres, la cantidad y la calidad de los espermatozoides se ven afectadas y en las mujeres, son frecuentes los problemas menstruales. También se producen daños irreparables en el cerebro, los pulmones y el hígado. Junto con el alcohol se les considera la puerta de entrada del joven al ciclo de la adicción grave.

Forma de consumo: masticada o fumada.

Nombres: "La hierba", "la mona".

—Hashish

Es la resina que se extrae de las hojas de la planta. Es más fuerte que la marihuana ya que contiene mayor concentración de THC (componente activo, delta—9— Tetrahidrocanabinol). También se mastica o se fuma como la marihuana.

Nombres: "Panes", "hash".

—Aceite de hashish

Esencialmente es el mismo hashish, sólo que se presenta como un líquido almibarado con colores que varían entre el claro y el negro.

Forma de consumo: usualmente se impregna al tabaco común y se fuma.

Nombres: "Oil", "líquido".

—Acido lisérgico (L.S.D.)

Es extraído del centeno, uno de los alucinógenos más potentes que existen.

Algunos efectos: produce ilusiones y alucinaciones, aumento de la temperatura del cuerpo y de la presión sanguínea. Puede causar graves formas de psicosis. Es tan fuerte que llega a afectar los cromosomas.

Formas de consumo: oralmente, inyectado o coloca-do en los ojos.

Nombres: "Cubitos", "ácido", "viaje".

—Mescalina

Es un alucinógeno. Se extrae del cactus mexicano Peyote.

Algunos efectos: pérdida del apetito, insomnio, au-mento de la presión sanguínea. Causa fuertes disocia-ciones comunes a la esquizofrenia.

Formas de consumo: se puede fumar, masticar o tragar.

Nombres: "Pepas", "botones", "cactus".

—Fenciclidina (PCP)

Es una sustancia sintética, alucinógena, con propie-dades depresoras.

Algunos efectos: bloquea los centros receptores del dolor; embota los sentidos, disminuyendo la coordinación muscular. Se dan comportamientos violentos con delirios de persecución. Afecta el ritmo cardíaco y respiratorio.

Formas de consumo: oralmente, inyectada o fumada.

Nombre: "Polvo de ángel".

—Psilocibina

Es un alucinógeno. Se encuentra en una clase de hongos silvestres.

Algunos efectos: produce fenómenos semejantes a los del L.S.D.

Forma de consumo: masticada. Mezclada con otros se puede fumar.

Nombres: "Hongos", "estiércol".

CAPÍTULO II

INDICIOS

EN EL COMPORTAMIENTO DEL JOVEN CONSUMIDOR DE PSICOACTIVOS

Los padres frecuentemente preguntan cómo saber si un hijo consume sustancias psicoactivas. La respuesta no es fácil. El ser humano es dinámico, cambiante, adaptable a diferentes ambientes. Los adolescentes tienen muchos cambios de temperamento debidos a fluctuaciones hormonales y psíquicas, propias del desarrollo. Al dar pautas de comportamiento como indicios de que el hijo está consumiendo drogas, hay que ser prudentes. No olvidemos que aquí también nos referimos a probabilidades, como en el tema de las causas.

La regla fundamental es que si usted como padre de familia tiene un buen "contacto", una buena comuni-cación diaria con su hijo, tendrá ganada la partida. Pero si, en cambio, es de aquellos padres que solamente dan obsequios, dinero y alimentos, pero carecen del tiempo indispensable para hablar y mirar a los ojos al hijo, en una comunicación cálida, va por mal camino. Su hijo puede entonces encontrar una sustancia que se encargará de "comunicarse con él".

Algunas pautas a tener en cuenta son:

1. Ambiente en el cual se mueve su hijo

Conozca los sitios que frecuenta: colegio, gimnasio, amigos más asiduos, pero no se quede simplemente juzgando el efecto exterior (vestidos, cabello) o la sim-patía que le puedan causar. Trate de conocer sus activi-dades. Facilite que los amigos vengan a su casa a jugar, estudiar, en momentos en que alguno de los padres esté presente.

Es necesario recordar que el hijo también quiere y debe tener sus momentos de autonomía y privacidad. El acercamiento tiene que ser discreto.

Si su hijo frecuenta amigos que consumen psicoac-tivos o ambientes poco recomendables, ponga mucha atención y pregúntese usted mismo qué le hace falta a su hijo, qué le pasa, para que busque algo más gratificante; después de que usted se ha preguntado a sí mismo, hable con su cónyuge y seguidamente pregúntele qué le está ocurriendo.

Si no logran comunicación, busquen ayuda en un centro especializado en problemas de adicciones. Lo peor que usted como padre puede hacer en estos mo-mentos es quedarse en silencio por orgullo o miedo a saber secretos.

2. Bajo rendimiento escolar

¿Por qué su hijo, con capacidades intelectuales pro-medias y rendimiento escolar normal en el pasado, ahora, de repente, sufre un "bajón"? ¿Sabe usted qué le está sucediendo? ¿Habló con los profesores?

3. Manejo de dinero

Conviene tener idea de la manera como el joven gasta la plata. Si usted se da cuenta que ha hecho prés-tamos y lo llaman a la casa para cobrarle, ponga mucha atención, su hijo puede estar en problemas.

4. Pérdida de objetos

Cuando un joven está consumiendo psicoactivos, busca dinero de cualquier forma para comprarlos. Si usted nota que desaparecen objetos, joyas, dinero de su casa, esté atento con sus hijos.

5. Cambios en hábitos de comer y dormir

¿Comienza a notar que su hijo resulta durmiendo en horas de la tarde cuando nunca antes lo hacía?

¿Por la mañana le cuesta mucho ir al trabajo o es-tudio y de pronto se queda durmiendo en casa?

¿Nota que a veces come en exceso y en otros mo-mentos de horario de comidas no tiene apetito?

6. Mentiras frecuentes

Habiendo afirmado su hijo que iría a determinado lugar, usted se entera que no ha sido así. ¿Esto ocurre con mucha frecuencia? Aquí usted debe preguntarse por qué su hijo tiene miedo.

7. Actividades de fin de semana

¿Comienza a ver que su hijo hace "viernes cultu-rales", cada semana y amanece con vómito, dolor de cabeza, nerviosismo?

8. Aparición de algunos objetos particulares

¿Descubre pedazos de limón y cucharas pequeñas en el baño o en la habitación de su hijo con mucha frecuencia? (En el caso de la heroína, se utiliza la cuchara para calentar la droga y el limón para mezclar o "desinfectar"). ¿Encuentra balanzas pequeñas, encen-dedores, cauchos (ligas), cuchillas de afeitar, jeringas, olor a quemado en el baño o habitación? (Estos son sig-nos que pueden indicar el uso de heroína o cocaína). ¿Papeles para hacer cigarrillos, gotas para los ojos, pipas?

9. Uso de vestidos

En los climas cálidos o en el verano donde normal-mente se utilizan camisas de manga corta, es común ver al joven que se inyecta psicoactivos, vestido con camisas de manga larga para ocultar sus brazos. ¿Descubre manchas pequeñas de sangre en los pañuelos o mangas de la camisa?

Recuerde que la mejor forma para darse cuenta de los cambios de comportamiento de su hijo es la comuni-cación, el contacto diario. En la medida en que haya un buen diálogo los problemas se pueden solucionar.

Algunos términos típicos en el lenguaje
de las personas adictas7

ÑERO: Amigo, compañero
LLAVE-LLAVERIA: Un buen amigo
BURRO: Drogadicto que fuma bastante marihuana
GARGANTA: Persona que consume mucha droga
MINGA: Gamín
BOLETA o BANDERA: Persona descarada y escandalosa
LA BOMBA: La marihuana
LA CALETA: Lugar donde se guarda la droga
CHICHARRA: Pedazo de cigarrillo
UN PITAZO: Una fumada del cigarrillo
del amigo
MECHO: Fósforo
CUERO: Papel para armar el cigarrillo
JIBARO o EL PROPIO: Vendedor de droga
LA OLLA: Sitio donde se vende la droga
SOYADO: Drogado
LA MONA, LA HIERBA: Marihuana
TRABADO-TORCIDO: Drogado
CANILLO: Cigarrillo de marihuana
RIPIO: Marihuana o cigarrillo
de mala calidad
TUNTUNIAR: Drogarse
COSO: Cigarrillo de marihuana
BARETA: Marihuana
QUENQUE: Cigarrillo grande de marihuana
BASETO: Cigarrillo de marihuana
PATA-PATICA: Un pedazo de cigarrillo de marihuana, ya próximo a acabarse
CUCHA: Mamá
SIGILOCO: Psicólogo
EL LORO: La radio
LA GRABACHO: La grabadora

LA JEBA-JAIBA: Novia-amiga
LOS CATOS: Los padres
UN CRUCE: Un favor
PONGALE PATINES: Hacer circular el cigarrillo
para fumar en grupo
PUNTAZO: Puñalada
DE CHUZO: Veloz, rápido
FRIQUIADO: Le ocurrió algo malo
LA CHETA: La buseta
EL CHETO: El bus
UN ANGELITO: Un muerto
UN CATORCE: Un favor
ASOLIAO: Perseguido, molestado por otros
SONAS: Alerta, atención
LA MISACA: La camisa
LA MERCA: La droga
LA NAVE: El carro
LOS PINES: Gotas para los ojos
ABRASE: Retírese, váyase
LA BURRA: La bicicleta
QUE NOTA: Algo bueno, agradable
LOS PEPOS: Los ojos
TIRAS: DAS, F2
QUESOS: Hongos
TOMBOS: Policía
LA PESCA: La patrulla
EL RANCHO: La casa
LA CANA: La cárcel
CUCA: Una persona simpática
EL TUN-TUN: Una pistola
EL JOM: La casa
MIRDO: Dormir
LO LEVANTARON: Lo tomaron preso y lo golpearon
UN YONQUI: Persona que consume ácidos
SOPLAR: Consumir basuco

EL COMBO: El grupo
EMBALARSE: Drogarse
TIERRA: Basuco de mala calidad
MADURO: Cigarrillo que tiene marihuana
y basuco
TORTAS: Hongos
PEPAS: Pastillas, psicofármacos
AMURAO: Triste, aburrido
BRAVIAR: Desafiar
COCINERO: Persona que trabaja
elaborando cocaína
DIABLITO: Cigarrillo de marihuana y basuco
GONORREA: Persona indeseable
PARCHE: Sitio de reunión
TAMALERA: Paquete de doce cigarrillos
de basuco
CUÑAR: Atacar, amenazar
LOS CHORROS: Tragos de aguardiente
FALTON: Persona que no cumple lo prometido
UN PLON: Una fumada del cigarrillo
del amigo

CAPÍTULO III

¿QUE HACER

CUANDO DESCUBRO QUE UN HIJO CONSUME SUSTANCIAS PSICOACTIVAS?

La aparición de la adicción en el hijo no sucede de la noche a la mañana. Es todo un proceso, un malestar que venía germinando dentro del joven tiempo atrás y encuentra una "solución" en el consumo de la sustancia. Recordemos que ese "malestar" puede ser debido a muchas causas de orden bio-psico-socio-espiritual y que en el momento en que nos demos cuenta que el hijo consume psicoactivos, no es adecuado lanzar recrimina-ciones al cónyuge ni a la sociedad. Es necesario res-ponder y esto quiere decir actuar.

A. No niegue el problema

La primera reacción de la familia al saber que el hijo consume sustancias psicoactivas es negar. Es difícil aceptar esa realidad. El orgullo, la vergüenza, el enojo no permiten un mínimo de objetividad al principio: "Los hijos del vecino podrán tener dificultades de esa clase, pero mi hijo no; él no es como los otros".

Superada esta fase de la "negación", la familia co-menzará a asimilar los siguientes planteamientos:

a) Resolver un problema de adicción implica tiempo. No es tan fácil como solucionar un dolor de dientes. El tratamiento es un trabajo largo donde hay que poner mucho empeño y paciencia. Los mejores resultados (después de terminada la terapia se ha hecho seguimien-to por dos años), duran entre dos y cuatro años. Hay que desconfiar de propuestas "especiales" que pro-meten resolver el problema en poco tiempo.

b) Trate de preguntarse: ¿Qué tanto conozco a mi hijo? Comience a observarlo con otros ojos, con la atención del que quiere descubrir, comprender pro-fundamente a la persona con quien vive, dándose la op-ción de que el hijo puede ser muy diferente a como us-ted lo había imaginado8.

c) Afronte la situación con su hijo, decididamente, sin miedo, para lograr sacar al máximo la verdad, sabiendo que seguramente él continuará mintiendo. No olvide que generalmente en la primera fase, la característica del adicto es la negación como se explicó anteriormente.

d) Busque una reorganización de la vida diaria del hijo, sus horarios, sus ocupaciones, tratando de aumen-tar la participación en la vida de familia.

e) Revolucione la dinámica familiar a partir del "descubrimiento" de un miembro con dificultades adic-tivas. Es necesario buscar una unión en las actividades diarias: trabajos, recreación. Comienza una etapa donde la familia debe participar en reuniones con otras fa-milias que tienen el mismo problema. Es aquí donde pueden funcionar los grupos de "autoayuda" de Alco-hólicos Anónimos, famosos y adoptados por otras organizaciones. La terapia familiar "paralela", integrada con la guía de un profesional especializado en adiccio-nes, también es importante en todo el tratamiento.

Hay un lema que se utiliza mucho en las comu-nidades terapéuticas y que sirve para la familia y para el adicto: "Sólo tú lo puedes hacer, pero no lo puedes hacer solo". El adicto, poco a poco va aprendiendo que es importante "su" participación en el tratamiento, que él tiene fuerzas para cambiar "su" vida, pero el trata-miento no lo puede hacer "solo". Debe estar junto a otros compañeros en recuperación, con los cuales va a crecer integralmente. Lo mismo vale para las familias: es ne-cesario que conozcan las experiencias de otras personas que han pasado o están pasando por dificultades semejantes.

f) Verifique las afirmaciones o declaraciones del hi-jo: la persona adicta tiende a la mitomanía, por tanto, las mentiras forman parte determinante de su conducta.

g) Disponga un programa de control del manejo del dinero. ¿Cómo gasta la plata?

h) Infórmese sobre las compañías que frecuenta el hijo. ¿Quiénes son? ¿Qué negocios tienen con él?

i) Comience ahora la lucha más fuerte: es importante soportar con paciencia y firmeza la tenaz insistencia del hijo que juzgará absurdo todo lo que suene a terapia, tratamiento, consejería. El buscará huir del control, amenazará con represalias, intentará chantajes, tratará de hacer pelear a la mamá y al papá, a los hermanos entre sí, formará alianzas con otros familiares (tíos, abuelos), para sabotear la firmeza de la familia.

Los mejores pronósticos de recuperación, de acuer-do a muchas investigaciones, se dan cuando la familia forma un "bloque", una unión y sigue adelante recibien-do asesoría, sin ceder a los saboteos del hijo. No se de-sanime si él no quiere participar en los grupos de ase-soría, esto es normal, es la negación. Lo importante es que usted como padre, madre, hermano, novio, esposa, participe: él vendrá después.

La psicóloga italiana Piera Piatti9 vivió la experien-cia de un familiar adicto, recuperado posteriormente. Basándose en esta experiencia, ella propone algunas orientaciones, que han sido realizadas en el ámbito ita-liano y puestas en práctica en diferentes países, con al-gunas modificaciones. He aquí un resumen:

1. Ame a su hijo adicto

Este concepto del "amor" frente al toxicómano tiene una caracterización de "inteligencia". "El amor también es inteligente". "Ayudar quiere decir comprender, pero comprender no quiere decir dejarse engañar".

El joven tratará de engañarnos una y mil veces, y nosotros tenemos que estar atentos, amándolo con res-ponsabilidad e inteligencia. La firmeza es una buena manera de amar al hijo adicto.

2. Evite humillarlo

Muchos padres creen que utilizando palabras soeces, hirientes, van a lograr resultados. Las humillaciones lo único que logran es proporcionarle una disculpa para que se continúe intoxicando.

3. No sea su cómplice

Es un hecho aceptado por los expertos, que hay coadictos o cómplices. Son familiares o amigos que de "buena fe" creen que asumiendo ciertos comportamientos frente al adicto le ayudan a salir del problema; sin embargo, lo que hacen es facilitarle el camino hacia el consumo. En el lenguaje de la psicología conductual se llama "reforzamiento"; en el enfoque sistémico "alianzas"; los Alcohólicos Anónimos los llaman "pro-piciadores" o "víctimas".

Veamos algunos ejemplos de comportamientos "cómplices":

Don Pedro es alcohólico. Llega tarde al trabajo el lunes a causa de una "borrachera" del domingo. Su amigo Juan "lo salva" terminando el informe de trabajo que debía presentar al medio día. Así don Pedro pudo cumplir con su trabajo ante el director.

Luis, el hermano de Julián, es consumidor de cocaí-na. Con frecuencia, recibe llamadas para que pague cuentas de un crédito que su hermano realizó. Julián no quiere "escándalos" y estima mucho a Luis, entonces procede al pago de sus cuentas.

Juan y Julián son los ejemplos típicos de los coadic-tos o cómplices. Son personas que en alguna forma sienten "ansiedad" ante la situación de su amigo o her-mano, normalmente satisfacen su autonecesidad, se ayudan a sí mismos (sin ser conscientes de ello) sal-vando al adicto de las dificultades.

En el lenguaje psicoanalítico se podría hablar de un mecanismo intrapsíquico de defensa: la "proyección", un problema de mi "yo" se lo "paso" a la otra persona.

Los coadictos no permiten que el adicto sea res-ponsable, que aprenda de sus errores. Si llega tarde el lunes al trabajo, que afronte las consecuencias de su "borrachera" de fin de semana. Si no pagó las cuotas del crédito asuma la responsabilidad y pague la deuda. Al resolverle los problemas causados por los psicoac-tivos, estamos dando a entender al adicto que puede estar tranquilo, sin preocupaciones, que siempre tendrá un ángel salvador, atento para sacarlo de apuros. Con-viene ir cortando estas ayudas y no dejarse llevar por el papel de

"víctima" que representa el drogadicto.

4. No ceda a los chantajes para acallar

los propios sentimientos de culpa

Es un comportamiento semejante al anterior, pero ocurre sobre todo con el papá o la mamá. En algún mo-mento uno de los padres comienza a culparse por la adicción del hijo: "Por no haberle dedicado más tiempo cuando estaba pequeño, ahora le pasa esto", "por haber-me separado de mi mujer ahora...". Estos pensamientos hacen que la madre o el padre cedan ante el "chantaje" del hijo, quien intuyendo (no hay que olvidar que el adicto tiene una gran intuición) el punto débil de su progenitor, le pide dinero o le hace exigencias que el padre satisface rápidamente para tratar de acallar su "culpa" por la adicción de su hijo.

Recordemos lo dicho en el párrafo acerca de las causas de la adicción: Viktor Frankl, el creador de la logoterapia nos dice que: "Ante el destino adverso, es inútil preguntarnos ¿por qué a mí? Lo importante es dar una respuesta ante el destino, afrontarlo" y, en este ca-so particular, hacerlo con inteligencia, sin ceder a los chantajes para acallar los propios sentimientos de culpa.

5. Si acepta la terapia no lo culpe

por una eventual recaída

Una fase que normalmente aparece después de la etapa de negación por parte de la familia es la de agresividad. ¿Por qué? Los familiares que llevan varios años sufriendo los estragos de la adicción, al comenzar, el joven, la terapia, quisieran "desquitarse" por el sufri-miento recibido y pueden volverse muy agresivos ante cualquier "falla" que cometa durante el tratamiento. Estos sentimientos deben manejarse con atención y en-tender que también dentro del proceso del tratamiento el joven puede tener "recaídas" en el consumo. Este he-cho se puede aprovechar "terapéuticamente" por parte de los orientadores. No hay que desesperarse.

6) No se deje "envolver" en discusiones

y dramas con el adicto

El adicto es un hábil manipulador; aprovecha cual-quier ocasión para "descargar" la responsabilidad de sus comportamientos o la culpa que siente internamente en los otros. La persona, en lo más íntimo de su ser, se siente culpable de sus actos, sabe que otros están su-friendo a causa de ellos, por eso trata de provocar dis-cusiones y dramas donde buscará que el otro, al sentirse ofendido, reaccione violentamente contra él; de esta forma podrá pensar: "¿Se da cuenta?, por eso es que yo me drogo, me emborracho, usted es muy agresiva con-migo, me ofende". Al caer en la trampa de la provoca-ción del adicto, le permitimos que su "complejo de su culpa" se disminuya y él va a pensar: "Sí, realmente ellos son culpables de que yo actúe así, me tratan muy mal". Favorecer el aumento de su complejo de culpa, junto con otros factores lo

lleva poco a poco a reconocer que sí necesita ayuda y tratamiento. Una buena forma para no dejarse "provocar", es utilizar la técnica time-out (tiempo fuera), que consiste en no prestarle atención en el momento de la discusión y dejarlo "hablando solo", aunque haya que abandonar el sitio donde él ha iniciado la provocación.

7. Demuestre con firmeza la resolución

de negarse a convivir con la droga

Hay padres que no mantienen consistencia en la actitud para rechazar la adicción. Unos días son com-placientes, permiten las "borracheras" y "orgías" de sus hijos y otros días son muy drásticos en sus decisiones. Es común ver un progenitor (normalmente el de sexo opuesto al del adicto) muy permisivo y el otro muy fir-me. Esta ambivalencia o doble mensaje va en contra de la recuperación de la persona. Los familiares deben for-mar un "bloque", una unión y ser firmes, mantener una decisión drástica de que no quieren seguir conviviendo con la droga, alcohol, o sustancia psicoactiva.

B. Períodos de la adicción

que la familia debe tener presente

Bruno y Maselli10 plantean tres períodos en el desa-rrollo de la adicción, que pueden orientar el acercamien-to al joven. Se intenta una síntesis de estos, sin olvidar las diferencias específicas de cada persona.

1. Primer período

Se produce desde el primer contacto con la sustancia psicoactiva hasta el momento en el cual los maestros o padres se enteran de su afición. Esta etapa es llamada por algunos "la luna de miel", ya que el joven siente las cosas "positivas", agradables de la sustancia, el "flash", que como veíamos al principio es la energía o corrienta-zo que comunica el tóxico cuando entra en el organis-mo. Es duradero. Ese "orgasmo generalizado", del cual hablan sobre todo los heroinómanos y cocainómanos, actúa mucho en el joven.

La "fuga", ese otro elemento que también explica en gran parte, el apego al tóxico, hace olvidar al adicto los problemas y malestares. Como el fenómeno de la tole-rancia es un proceso que se va desarrollando poco a poco, el joven no siente aún, la crisis de abstinencia. Se queda con lo "bueno" de la sustancia: el "flash" y la "fuga"; lo negativo: la crisis de abstinencia, no se mani-fiesta todavía.

Para algunos expertos el primer período raramente es inferior a los dos años o superior a los cuatro. Este es un dato muy relativo, depende de la sustancia y la persona. El joven es capaz, en esta época, de "escon-der", de disimular el consumo; tiene un grado de control sobre la sustancia, el complejo de culpa no es muy grande y las justificaciones que encuentra lo tranqui-lizan. Por eso es

muy común escuchar que en esta "luna de miel" es difícil que el joven acepte el tratamiento (si sus familiares se enteran).

Algunos terapeutas prefieren adictos "viejos" porque "la luna de miel" (flash, fuga) es muy pequeña en com-paración con los malestares de la crisis de abstinencia, del acoso permanente para comprar el tóxico, etc.

En algún momento, la persona trata de "librarse" de la sustancia, pero se da cuenta de la dificultad para lo-grarlo y comienza a mentirse a sí mismo: "Esta es la úl-tima vez que lo hago, mañana no lo haré más". Curio-samente, en el momento en que se encuentra "drogado", "borracho", se siente con muchas fuerzas, es omnipo-tente y tiene la seguridad de que va a ser capaz de aban-donar el tóxico. Cada vez la "crisis de abstinencia" se hace más fuerte, puesto que la tolerancia se va desarro-llando plenamente y la "luna de miel" queda atrás.

En este período se observan cambios "positivos" en el joven, por ejemplo: parece más extrovertido, seguro de sí mismo, los familiares ven el cambio y se en-tusiasman. Los pequeños robos de dinero y objetos de la casa comienzan cuando el joven necesita consumir con más frecuencia para no sentirse mal. Los problemas escolares, laborales, físicos, hacen que por fin un día los familiares se enteren de la adicción y aquí termina el primer período.

2. Segundo período

La revelación de la situación del hijo produce, como se ha visto, un shock familiar. Primero la negación por parte del joven y después, por parte de la familia hacen su aparición con toda la fuerza. El joven comienza a prometer que dejará la droga; la familia cree en sus promesas y le da gusto con cosas materiales, ya que se sienten culpables. La persona que ya tiene un grado de adicción alto no puede dejar la sustancia y los pro-blemas de todo tipo se acentúan. La familia comienza a vivir comportamientos ambivalentes: regalos y agre-sividad para tratar de controlar las conductas desviadas. Se conforma entonces una patología bien compleja.

En el momento en el cual los familiares y más rara-mente el joven piden asesoría comienza el tercer pe-ríodo.

3. Tercer período

La familia y el joven han ido venciendo la negación, el autoengaño, el victimismo y se integran al tratamien-to, hecho del cual hablaremos más adelante.

C. Formas de enganche para el tratamiento

La forma de "llegar al adicto" para que asuma un tratamiento, despierta polémicas por la complejidad de los factores que entran en juego: grado de adicción, sustancia, tiempo de consumo, individuo.

Entre los expertos dedicados a seguimientos estadísticamente significativos, hay más consenso en que por lo menos en un primer momento de abordaje al adicto, hay que ser más "confrontativo", lo cual no quiere de-cir que en ciertos casos una aproximación de "conse-jería" no surta efectos positivos. El autor ha visto, en adictos europeos y colombianos que los abordajes fun-cionan, aunque la aproximación de "consejería" produ-ce menores resultados.

Pero, ¿qué es un abordaje confrontativo? La con-frontación es una forma de comportamiento, de "téc-nica" muy utilizada en el ambiente de la comunidad te-rapéutica, es un estilo muy directo, donde incluso se eleva el tono de la voz para "hacer una confrontación". Veamos algunas frases: "No creo en lo que me estás di-ciendo, eres un mentiroso, un cobarde, eres sólo va-liente con las viejitas". "Eres un irresponsable, hoy dejaste abierta la llave de la ducha. ¿Cuándo vas a dejar de ser un niño de 2 años?". "Difícilmente te puedo creer que desde ayer no fumes droga".

La confrontación tiene el presupuesto de que el adicto tiene unas "corazas" muy duras, que recubren su personalidad y hacen que "sienta poco". La persona, al estar en unión total (simbiótica) con la sustancia, vive en una especie de "cápsula". La confrontación actuaría para romper estas "corazas" o "cápsulas", logrando que afronte su realidad, que no "huya más de sus responsa-bilidades o traumas".

La aproximación de consejería, por el contrario, es más de escuchar y "creer" las versiones del adicto. La consejería es más suave, delicada, tiende a creer que el joven está en actitud de aceptar orientaciones, "conse-jos" y esto es suficiente para que cambie. En un campo más técnico es creer que con un "psicoanálisis" o un "counseling" se puede "llegar al adicto" en una primera fase, para que acepte el tratamiento. La "consejería" es una metodología más de tipo "estructuralista". Luna V.11.

Dos situaciones trabajadas por el autor, sin ser ex-haustivas ni detalladas, pretenden ejemplificar el abor-daje "funcionalista" (confrontación) y el abordaje "es-tructuralista" (consejería), sin olvidar que la estrategia depende de muchos factores que deben quedar suficientemente dilucidados en el diagnóstico:

— Edad del sujeto.
— Tipo de estructura familiar.
— Grado de adicción.
— Clases de sustancias psicoactivas utilizadas.
— Características de personalidad.
— Relaciones sociales.
— Estado de salud en general.
— Nivel de motivación para salir adelante.
— Recursos o fuerzas espirituales (concepción

de la logoterapia o concepción religiosa).

Después de haber evaluado y sopesado bien los da-tos anteriores se procede a la elección del "enganche".

1. Enganche funcionalista (confrontativo)

Es el más utilizado en un tipo de modelo de la comu-nidad terapéutica. Tiene como base un lema que nació en parte, como una derivación de los Alcohólicos Anó-nimos: "El adicto debe tocar fondo para que acepte que necesita ayuda". Este lema despierta muchas objeciones y resistencias en el campo académico tradicional (profesionales, clínicos). Se tiene presente la teoría de las "corazas", "cápsulas" que hace al drogadicto casi im-permeable al contacto, casi no siente, por lo cual lo úni-co que logra penetrar la "coraza o cápsula" es un "shock" o situación que se sume a los efectos negativos de la adicción, a saber: la crisis de abstinencia y la escla-vitud de la sustancia que implica un alto costo econó-mico, social, existencial para la persona.

Para Massimo Barra12 directivo de la Cruz Roja ita-liana: "El estímulo más importante que ayuda a los he-roinómanos a abandonar la droga es la dificultad cada vez más grande que encuentran para conseguir la dosis necesaria, y todo a un costo existencial económico que se vuelve insostenible e intolerable. El adicto se cura cuando los aspectos negativos de su dependencia supe-ran a los positivos".

Un ejemplo de la aplicación de esta clase de en-ganche es el siguiente:

Se trata de una pareja de jóvenes italianos (27 y 28 años); tienen un hijo de cuatro años. Casados, él trabaja como técnico en un laboratorio clínico, ella es ama de casa. Llevaban siete años consumiendo heroína in-yectada (había poca "luna de miel"). La esposa era la encargada de conseguir la droga; él daba el dinero para que lo hiciera.

Los primeros que piden asesoría son los padres de él. Con ellos se realiza un trabajo que comienza con un curso de información sobre las sustancias, formas de comportamiento con un hijo adicto, riesgos para el nie-to. Los padres de él son muy colaboradores (buen pro-nóstico), los de ella nunca aparecieron. Se les hace ver como, aunque ellos no viven con el hijo y la esposa, si se han ido convirtiendo en coadictos, propiciadores, ya que les dan dinero, les llevan comida a la casa, les com-pran ropa.

Después de seis sesiones de trabajo, aparece el joven (Claudio). El presupuesto de este abordaje consiste en que, a medida que se dan cambios en el comportamiento de los padres (disminución de ayudas), el joven se sien-te intrigado por saber adónde van sus padres semanal-mente y esto lo hace ir a "curiosear".

En la primera cita se siente entre sorprendido y serio al ver un terapeuta no italiano. Se le propone que asista dos veces por semana para estudiar las

posibilidades de iniciar un proceso para que "disminuya poco a poco la dosis de heroína semanal" y para que junto con su es-posa (Esther) se vea "qué camino va a coger el niño de cuatro años". (Esta es una frase típica de confronta-ción en la primera sesión. Aquí se le está diciendo: "Lo que están haciendo frente al hijo no es adecuado". En algún momento Claudio mira el reloj de pulso y se le pregunta: "Ya es hora de irse a drogar, ¿verdad?".

El se queda en silencio unos segundos y responde que sí. Se da por terminada la sesión (ya se había indi-cado los días en que podía venir él, o su esposa, los dos, o sus padres).

La frase: "Ya es hora de irse a drogar, ¿verdad?" es una confrontación, es algo directo que le hace ver que no es tan fácil engañar al terapeuta (algo muy gratifi-cante para los que aplican este abordaje, es justamente el testimonio de los jóvenes, meses más tarde cuando están desintoxicados, al reconocer que en el momento en el cual se dieron cuenta de que era difícil engañar al terapeuta, empezaron a creer que él sí les podía ayudar a salir del problema. Al contrario, cuando pensaban que podían engañarlo por su inexperiencia, no creían en él).

Claudio volvió a los quince días con su esposa, la cual se veía en peores condiciones físicas. Se les explicó en qué consistía un programa de comunidad terapéutica y se les volvió a plantear la pregunta: ¿Qué camino, qué futuro creen que va a tener el hijo de ustedes?, pre-gunta de confrontación. Durante dos meses con asisten-cia irregular por parte de los dos se continuó con una información sobre las diferentes opciones de comu-nidades terapéuticas. Al terminar el segundo mes de se-siones se realizó una reunión con los padres de Claudio (quienes asistían todas las semanas); entonces ocurrió una situación que provocó una crisis en Claudio y si-guió el esquema de tocar fondo, o lo que se mencionaba con Massimo Barra: "El heroinómano se cura cuando los aspectos negativos de su dependencia superan los positivos".

Ante la preocupación por la vida del hijo de Claudio y Esther (tenía cuatro años y era evidente el maltrato psicológico recibido de sus padres heroinómanos), se llegó a un acuerdo para que una trabajadora social del Distrito Sanitario de Roma, realice una visita y examine las condiciones en que se desarrolla la vida del niño. Se programó una reunión para comunicarles a Claudio y Esther la decisión tomada con el aval del terapeuta. El día de la reunión, Claudio se altera y grita que no per-mitirá que se "metan con su hijo". Esther más relajada por la ingestión de heroína, secunda la idea de su es-poso, pero con menos fuerza.

En síntesis, dos semanas más tarde, Claudio entra en una comunidad terapéutica (se había decidido dar una espera y no realizar aún el pedido de la visita domiciliaria). Su esposa lo sigue un mes más tarde. El niño queda con los abuelos paternos. Han transcurrido cinco años desde que Claudio y Esther entraron en comunidad (duraron dos años y medio en tratamiento y cumplieron el programa). Hace seis meses se recibió la última co-municación de ellos y

están integrados a una vida nor-mal. Los padres y amigos de Claudio reportan absten-ción del consumo de drogas.

Algunos puntos claves del enganche (funcionalista) confrontativo, se pueden resumir así:

— Realizar reuniones con familiares (no importa que no asista la persona adicta).

— Hacerle ver a la familia el papel que juega como: "Propiciadores, coadictos".

— Realizar reuniones diferentes: individuales, de pareja, grupo familiar ampliado.

— Tener claro el concepto de tocar fondo.

— Utilizar la confrontación desde la primera sesión con el adicto.

— Ir quitando poco a poco las "ayudas": dinero, compra de ropa, etc.

En la situación anterior se aprecia como el elemento límite (aumentó e hizo desbordar los efectos negativos de la adicción), fue el riesgo que implicaba la visita de la trabajadora social para efectos de la permanencia del niño con la pareja de adictos.

Para Claudio fue el "estímulo precipitante" que "rompió la coraza o cápsula", haciéndolo reaccionar y entrar en tratamiento. Meses más tarde, en la entrevista de seguimiento, Claudio recordó ampliamente ese mo-mento, preguntándose cómo era posible que "no me diera cuenta de todo el daño que le estaba produciendo a mi hijo". En este sentido un adicto en la fase de com-pulsión, tiene muchos rasgos semejantes a una "psi-cosis": vive en otra realidad, en otro mundo con sim-bologías y lenguaje diferentes. Después, al separarse de la sustancia, va regresando al mundo "normal".

¿Por qué se llama enganche funcionalista (con-frontativo)? Porque hacen énfasis los estímulos am-bientales evidentes, observables, cercanos al adicto: ayudas, coadictos, personas y situaciones. Este engan-che es más de índole "dirigida": se proporciona al adic-to más dirección y guía, por parte del terapeuta y fami-liares. Al principio, existe la tendencia a no darle mucho peso a los mecanismos intrapsíquicos del sujeto o "es-tructuras internas" que pudieron haberlo llevado a la adicción.

El primer objetivo es buscar que suprima el contacto con la sustancia; después se observarán las dinámicas internas del sujeto.

2. Enganche estructuralista (consejería)

En el enganche estructuralista el terapeuta llega a pensar que al resolversen los conflictos, la persona dejará el consumo de los psicoactivos. El control sobre el consumo pasa normalmente a ser un objetivo no prio-ritario (al contrario de lo que es el enganche funcionalis-ta). Un caso extremo de enfoque estructuralista sería hacer un psicoanálisis, donde el profesional interpreta las comunicaciones del adicto acostado en el diván. El siguiente es un ejemplo de

este tipo de enganche:

Se trata de una señora que llega a pedir información porque su esposo se "emborracha" cada fin de semana. Tiene 30 años, su esposo 35. Lleva 15 años bebiendo alcohol (cerveza, aguardiente).

El señor reporta "lagunas": al otro día de la "bo-rrachera", generalmente no recuerda cómo hizo para llegar a la casa, hasta qué horas estuvo bebiendo, etc. Gloria, la esposa, comienza un curso de información sobre las sustancias psicoactivas; se le sugiere que invite a don José, su esposo. El es jefe de ventas de una compañía grande y tiene un nivel de producción acep-table pero "la plata no se le ve". Gloria asiste una vez por semana, su esposo asiste dos veces durante el pri-mer mes.

En una sesión de pareja salen a flote problemas de celos por parte de la esposa, dificultades económicas para afrontar la educación de los hijos. Ante esta situa-ción se opta por:

a) Utilizar un enfoque de mucha "comprensión", es-cucha atenta, y aplicar la técnica del "reflejo rogeriano" (se hace de espejo para que la persona vea y sienta lo que está diciendo ya que el terapeuta se lo "devuelve" con palabras semejantes).

b) Emplear técnicas "multidimensionales" del enfo-que humanista (rogeriano, logoterapia, expresión de sentimientos) durante el encuentro de pareja.

c) Abordar las situaciones conflictivas que tienen que ser puestas en claro: celos y sentimiento de inferio-ridad de la señora, discusiones frecuentes que alteran emocionalmente a los niños, falta de asertividad de la pareja.

d) Llegar a un acuerdo para realizar dos consultas semanales: una de pareja y otra donde doña Gloria se une a un grupo de señoras para continuar recibiendo in-formación sobre las características de la adicción, mien-tras su esposo entra a un grupo pequeño de personas con problemas de marihuana y cocaína, para comenzar un trabajo de "aprendizaje de técnicas de asertividad".

e) No hacer confrontaciones al esposo.

f) Invitar a la esposa a la reflexión sobre la posi-bilidad de que esté acosando demasiado a don José con sus celos. (Aquí el terapeuta ha planteado una hipótesis estructuralista: el señor consume alcohol, debido en parte, a un conflicto intrapsíquico derivado de la rela-ción que mantiene con su madre y su esposa).

g) Analizar los sentimientos y relaciones que él mantiene con la mamá, los sentimientos de culpa (interpretación psicodinámica) por su comportamiento frente a su esposa e hijos.

Durante los dos primeros meses, don José es muy inconstante. Argumenta que no tiene tiempo para las sesiones (negación), asiste a cuatro de las 12 programa-das. No obstante, se decide no presionarlo ni intentar el lema de tocar

fondo. Se apoya a la señora para que siga asistiendo a las sesiones de grupo e individual.

En el momento de escribir esto, el señor va a cumplir un año sin "emborracharse". Cuando está en reuniones donde por costumbre se ingieren bebidas alcohólicas, consume una bebida no alcohólica, con forma y envase de cerveza. La esposa reporta la no incidencia de fines de semana fuera de casa y ascenso en la empresa, todo lo cual hace que él se "ajuicie más". Los dos continúan asistiendo a grupos de apoyo cada ocho días.

En resumen, los puntos claves del enganche estructu-ralista (consejería) son:

— No se utiliza la confrontación.

— Se realiza un acercamiento al adicto con el coun-seling (mucha aceptación, empatía, se escucha bas-tante al otro). Las técnicas del enfoque humanista de la psicología son centrales: reflejos rogerianos, logoterapia.

— No hay formas de presión hacia el adicto. Se le deja muy libre para que acepte o no el tratamiento.

— Hay menos directividad por parte de los terapeutas y familiares: las guías y orientaciones son menores.

— Se plantean hipótesis estructuralistas. Por ejemplo en el caso anterior, se interpreta un conflicto in-trapsíquico (estructura profunda) relacionado con la madre y la esposa de don José que, en algo tiene que ver con la etiología de su adicción. El complejo de culpa frente a sus hijos y a su esposa se interpreta psicodinámicamente.

CAPÍTULO IV

TRATAMIENTOS POSIBLES

Algunos comentarios sobre los diferentes tipos de tratamiento, (sin profundizar detalles técnicos, puesto que no es el objeto del presente estudio) pueden servir de orientación a los familiares del adicto.

1. Desintoxicación hospitalaria

Consiste en internar al adicto en un centro clínico donde se busca, especialmente, disminuir los efectos negativos de la crisis de abstinencia corta, por medio de medicinas o fármacos sustitutivos.

El gran riesgo, como se explica en el capítulo pri-mero, al referirnos a la metadona, es el de "crear una nueva adicción": la persona abandona una sustancia pero se vuelve dependiente de otra.

Cuando hay estados de adicción grave al alcohol y a la heroína y se tiene asegurado un programa integral donde inmediatamente después de la desintoxicación se realiza un tratamiento de psicoterapia individual, grupal y familiar, se pueden ver resultados positivos. La dificultad (las experiencias europea y nortea-mericana así lo demuestran) que se presenta, en la mayoría de los casos, es que el adicto después de ser "desintoxicado" en el centro clínico vuelve a su medio ambiente habitual y no acepta empezar el tratamiento de psicoterapia personal y familiar, que es indispensable.

Al sentirse bien físicamente, de nuevo (momentá-neamente) y después de haber evitado la crisis de absti-nencia corta, deja pasar unas semanas y vuelve a recaer en el consumo, cayendo en un círculo vicioso: desinto-xicación hospitalaria-abstención momentánea-recaída en el consumo-desintoxicación hospitalaria.

2. Acupuntura

Lucarini Spartaco13 escribe sobre los experimentos con acupuntura china, efectuados en clínicas de Hong Kong con adictos al opio y a la heroína, encaminados a buscar su desintoxicación.

En estas investigaciones los médicos H. L. Wen, Margaret Patterson y Stanley Cheung insertan bajo la piel, detrás de las orejas del adicto, hasta una profun-didad de medio centímetro, dos agujas que van unidas a una fuente de corriente alterna con frecuencia que va aumentando de 0 a 150 ciclos por segundo.

El tratamiento se aplica dos o tres veces al día duran-te los primeros tres días; luego una vez al día durante los cinco días siguientes. Los efectos sobre los

malesta-res de la crisis de abstinencia son positivos, notándose rápidamente sobre todo en el aspecto físico (temblores, calambres, dolores abdominales).

Investigaciones científicas demuestran que la acu-puntura puede estimular la producción de las endorfinas naturales presentes en el organismo, las cuales ayudan a calmar la crisis de abstinencia.

No hay que olvidar, sin embargo, que la desintoxica-ción o el manejo de la crisis de abstinencia, cuando se hace, es el primer paso hacia la solución del problema de la adicción. Queda por desarrollar la psicoterapia in-dividual, grupal, familiar, y la reinserción social de la persona, factores que representan el trabajo central del tratamiento.

3. Esencias florales

La terapia floral desarrollada por el médico inglés Edward Bach, ha tenido bastante difusión dentro de la medicina "alternativa" y la psicoterapia en nuestro me-dio. Una primera duda sobre las esencias florales consiste en que se han convertido un producto de con-sumo masivo. En muchos tipos de negocios se encuen-tran carteles con fórmulas para todo tipo de problemas personales y familiares: divorcio, terminación del no-viazgo, mala suerte, protección ante los deseos negati-vos de los demás, tristeza, etc. Esto nos recuerda una frase de Mario Picchi14 (fundador de uno de los progra-mas más eficientes en el campo de las adicciones, el CEIS): "Nuestra sociedad sedienta del milagrismo quí-mico busca, por todos los medios remedios mágicos que rápidamente la curen de todas sus angustias existenciales y le eviten todo tipo de dolor".

Aunque la mayoría de las esencias florales se elabo-ran con un bajo porcentaje de alcohol y se argumenta que: "Ellas no actúan por efecto químico, como los fármacos clásicos, sino por efecto físico"15, se corre el riesgo de formar una nueva adicción a las esencias flo-rales. Esta podría ser "menos dañina" siempre y cuando solucionara efectivamente el problema de la adicción al alcohol, cocaína, marihuana, etc., a cuyo respecto faltan datos científicos, estadísticamente significativos con seguimientos (Follow-vp) de varios años, que sí apa-recen con otros tratamientos. El autor, junto con un mé-dico, se encuentra realizando el seguimiento de dos personas adictas al alcohol y psicofármacos con experiencias de "crisis psicóticas". Se ha trabajado con psicoterapia individual, grupal, familiar y se han visto resultados positivos (una de las personas lleva 10 meses de abstención y la otra 5; permanecieron 2 y 3 meses en tratamiento con esencias florales). En este sentido una integración de varias estrategias terapéuticas en los casos de problemas psicológicos graves, puede ser una alternativa, pero se necesita más investigación.

4. Homeopatía

La medicina homeopática también ha abordado las adicciones pero sus resultados según las investigaciones de F. Bruno y F. Maselli16 "no parecen haber dado re-sultados concretos", por lo menos en la parte de la tera-pia. En

cuanto a la desintoxicación, los médicos homeó-patas César Luna y Teresa Ladino, afirman en comuni-cación escrita al autor, que existen medicamentos como Nux Vomica, empleados con éxito en el caso de intoxi-caciones con sustancias psicoactivas.

Algunos homeópatas utilizan sustancias que causan náuseas y vómito. Si la persona consume alcohol, el medicamento se coloca en alguna bebida, generalmente, sin que el adicto se entere. Kanfer y Phillips17, describen tratamientos semejantes de condicionamiento aversivo, con informes de seguimientos realizados durante un año, en los cuales los adictos en un porcentaje del 46% mantuvieron abstinencia total.

Acerca de este tipo de tratamientos, se ha dado una polémica de carácter ético: hay una forma de violencia hacia la persona y las reacciones de mareos y vómito pueden desencadenar otras consecuencias no previstas.

El tratamiento homeopático adolece de la misma fa-lla planteada para las esencias florales: el "milagrismo". Nuestra sociedad está sedienta de remedios mágicos que curen rápidamente todas las angustias existenciales y le eviten todo tipo de dolor. A esto se le puede agregar el riesgo de que el adicto cambie la dependencia de una sustancia por otra (psicoactiva por homeopática).

Indudablemente, el abordaje homeopático, por lo menos el ortodoxo (y no el que se está convirtiendo en una actividad consumista de corte alopático), es humanista, respetuoso del consultante y con una visión integral (se tiene presente el ambiente, soma, psique, espíritu). Este hecho podría favorecer diálogos con otros enfoques de tratamientos para adictos, donde se hagan seguimientos de varios años para comparar los resultados que ya existen en los tratamientos de comu-nidad terapéutica y modelo mixto.

5. Psicoterapia individual

Si se piensa en una psicoterapia donde solamente haya contacto con el adicto, los frutos serán pocos, por dos motivos principales:

— Dadas las características del adicto, y el hecho de que éste vive en una especie de "cápsula" o "coraza", es difícil entrar en contacto con él, máxime si se tiene en cuenta que no alcanza a comprender su propio estado (recordemos el caso de Claudio con su hijo de 4 años); tampoco se da cuenta de lo equivocado de su comportamiento. Todo lo anterior implica que la psicoterapia individual (si llega a asistir a una consulta) no toca al adicto, en el caso de que éste se encuentre en un alto nivel de dependencia (niveles 4o. y 5o.).

– Si el adicto se encuentra en el comienzo de la adicción, es decir, está en la "luna de miel", también es muy difícil para el terapeuta competir con el "flash" y la "fuga": dos cosas "positivas" de la "luna de miel". ¿Por qué hacer psicoterapia?, se preguntará el adicto.

Aquí puede haber un poco de contacto; la "cápsula o coraza" puede ser aún

permeable, pero entonces no hay motivación y sin ella es evidente que no se puede hacer psicoterapia individual.

Hay situaciones (el autor conoció varios casos italianos), en las cuales la persona va a un psicoanálisis ortodoxo por 2-3 años y durante ese tiempo ha con-tinuado drogándose. El terapeuta ha olvidado algo que Yaria18 dice muy lúcidamente:

"Cuando en la terapia el abuso de drogas sigue, sólo se vive la ilusión de la resolución de los problemas. En realidad se están perpetuando con la complicidad del terapeuta".

Después de llevar una abstención de varios meses, es muy fructífera la psicoterapia individual y mejor aún si se combina con psicoterapia de grupo. La eliminación de la dependencia física y en parte la disminución de la dependencia psicológica permite establecer un contacto más efectivo con la persona: la "cápsula" o "coraza" es más permeable. Por eso, el primer objetivo terapéutico debe buscar la eliminación del consumo de sustancias psicoactivas.

Los aportes que la logoterapia (análisis existencial, Tercera Escuela Vienesa de Psicología) puede dar en la búsqueda del sentido o significado de la vida del adicto, de sus errores pasados, de su proyección en el futuro, tienen una importancia que no puede pasarse por alto.

La técnica del diálogo socrático o de las preguntas ingenuas, perfeccionada por la psicóloga alemana Elizabeth Lukas19, se utiliza cada vez más en Europa, con buenos resultados en el campo de las adicciones.

6. Terapia familiar

El trabajo con la familia del adicto indica un buen pronóstico. Todo tratamiento serio debe involucrar el sistema familiar. Diferentes investigaciones muestran cómo, si algún familiar comienza a asistir a reuniones de información sobre la adicción, las probabilidades de que la persona adicta comience el tratamiento, son al-tas. Lo más importante es que los familiares asistan a los grupos de asesoría, así sus allegados adictos no quieran saber nada de reuniones.

Algunas pautas convenientes por parte del terapeuta son:

— El objetivo de la terapia familiar en un primer momento debe buscar la abstinencia, el no consumo de sustancias por parte del adicto.

— "Descubrir" a los coadictos, los propiciadores y manejar adecuadamente la situación, ya que pueden sa-botear el tratamiento e impedir la abstinencia.

— La negación, por parte de la familia, generalmente es el primer obstáculo en la terapia. No se acepta que el hijo, esposo, nieto, etc., sea un adicto.

— Después de la negación, cuando el adicto se ha integrado al tratamiento viene, en la mayoría de los ca-sos, una fase de agresividad de la familia hacia el adic-to. Es necesario estar atentos para frenar este hecho.

— No se debe olvidar que la adicción a la sustancia, es el síntoma de un

malestar más profundo.

— Conviene integrar a los familiares con otras perso-nas que tengan experiencias con adictos. Esto les sirve de apoyo y de "espejo".

— En el trabajo con adictos el colocar tareas do-mésticas para ocupar el tiempo libre, es fundamental en la colaboración para lograr la abstinencia y aumentar el control de la familia sobre el adicto.

— Es frecuente observar la aparición de síntomas nuevos o conductas extrañas, en algunos miembros de la familia, cuando el adicto se está integrando al tra-tamiento o se está "curando". Debe darse la interpre-tación adecuada a esto.

En alguna ocasión, la madre de un heroinómano lleva 8 años sufriendo toda clase de vejaciones (insultos, problemas judiciales, angustias). Después de que su hi-jo entró en tratamiento y dejó el consumo, ella empezó a sentirse "muy enferma": problemas de insomnio, ma-lestares estomacales, falta de sentido de la vida, depre-sión. En lugar de mejorar, por el hecho de que su hijo se estaba reeducando y los líos judiciales e insultos ha-bían cesado, ella había empeorado. Se observa un reacomodamiento de las relaciones madre-hijo, a raíz de lo cual es necesario que la madre pierda el hábito de vivir emproblemada y busque otras actividades, relaciones y significados para su nueva situación vivencial.

Los puntos vistos en el capítulo tercero (¿Qué hacer cuando descubro que un hijo consume sustancias psi-coactivas?) pueden formar parte del material a trabajar en los grupos de autoayuda que son estructuras familia-res donde es más conveniente que sean liderados por personas con experiencias de familiar adicto.

La terapia familiar paralela, en cambio, es un espacio más técnico-científico que debe ser liderado por el pro-fesional.

Más adelante será analizado el modelo mixto, que es el que mayores resultados positivos ha dado.

7. Psicodrama

Es una técnica de psicoterapia que se basa en postu-lados de la psicología, la sociología y el teatro.

Yablonsky Lewis20 ha sido el principal animador pa-ra la utilización del psicodrama en el trabajo con adictos.

Para muchos de ellos, el psicodrama puede represen-tar una vía para exteriorizar en forma teatral su propio mundo interior. Con la colaboración del grupo presente en una sesión se pueden resolver conflictos emocio-nales. Es una técnica que crea experiencias muy inten-sas ya que el escenario, la audiencia, el terapeuta y los yo auxiliares (personajes que hacen de "papá", "mamá" o cualquier sujeto) favorecen enormemente las expre-siones de amor, odio o trauma del adicto.

En las sesiones se pueden ver beneficios no sola-mente para el protagonista central (adicto alrededor del cual gira la escena), sino para la audiencia (adictos res-tantes que forman el público) que puede ver reflejados y en parte solucionados algunos de sus problemas. Los participantes del grupo son estimulados para que tam-bién actúen, aspectos de su propia vida que han sido "tocados" en la sesión.

El psicodrama ofrece la ventaja de que puede acortar las horas de terapia de tipo racional-verbal, ya que hay una acción emotiva catártica que se asemeja mucho a la situación real vivida por el adicto.

Es importante tener presente el número de par-ticipantes en la sesión de psicodrama. En grupos peque-ños normalmente hay menos inhibiciones para los par-ticipantes y los conflictos íntimos pueden aflorar con más facilidad.

8. Teoterapia

Un fenómeno que se está volviendo muy común en nuestro medio, es la aparición de organizaciones que se fundan en la lectura de la Biblia cristiana, las cuales hacen tratamientos a personas adictas.

Existen adictos que se han recuperado por medio de esta alternativa, pero hay que tener en cuenta algunos riesgos que se pueden presentar.

— El autor ha conocido personas que ya no son adictas a sustancias psicoactivas pero han descuidado a la esposa e hijos porque hay una "misión divina que cumplir". Habría que ver si esto es justo para la familia.

— El hecho anterior revela el otro riesgo de estas organizaciones: el integralismo. Al realizar únicamente una lectura teológica de la persona humana se desco-nocen las leyes naturales que también tienen una auto-nomía. Se cree que abordando solamente la parte re-ligiosa del hombre y descuidando (en el caso de los adictos) las características de la adicción y los efectos de las sustancias sobre el organismo, en otras palabras, subordinando los datos científicos que existen sobre el manejo de las adicciones se puede encontrar la solución del problema. Un resumen de este riesgo es similar a creer que Jesús fue verdadero Dios, pero no verdadero hombre.

Un abordaje que no conduzca al integralismo ni presione al adicto a participar en ritos religiosos e in-cluya un programa de otras actividades, puede con-vertirse en una alternativa que merece ser tenida en cuenta, puesto que aprovechando el sentido religioso o búsqueda del trascendente, por parte del hombre puede despertarse un sentido, un significado que ayude al adicto a recuperarse.

9. Comunidad terapéutica

Es el tratamiento que junto al modelo mixto (comu-nidad terapéutica más intervenciones profesionales), está dando, actualmente, mejores resultados en el cam-po de las adicciones21.

Existen estudios de seguimiento de dos años, efec-tuados a personas que han terminado un tratamiento (2-3 años) con el modelo mixto y se ha reportado absti-nencia al consumo de psicoactivos que van desde un 40% a un 80%. El autor ha seguido personas que han mantenido abstinencia por tres años (después se ha in-terrumpido el contacto).

La comunidad terapéutica es una relación compleja con unos orígenes muy remotos. Goti María Helena22, describe lo siguiente:

"'Ellos son llamados terapeutas y terapéutides... porque profesan un arte medicinal más excelente que aquél de uso general en las ciudades; porque aquél sólo cura cuerpos, pero el otro cura almas que estén bajo el dominio de terribles y casi incurables enfermedades, cuyos placeres y apetitos, temores y congojas, desenfrenos y locuras, y actos injustos y todo el resto de innumerable multitud de otras pasiones y vicios, que han infligido sobre ellos...' (Phito Judaeus. 25 aC-45 dC).

Hemos extraído esta cita histórica de la obra Los orígenes de la comunidad terapéutica sin drogas: una historia retrospectiva, del doctor Frederick B. Glaser. En el párrafo se describen las actividades de un grupo que habitaba Egipto más allá del lago Mareotis, en las cercanías de Alejandría".

La primera comunidad terapéutica destinada al tratamiento de drogadicción fue fundada en 1958 en Oceam Park California, por Charles E. Dederich, un graduado de Alcohólicos Anónimos. Esta comunidad consistía en un grupo de adictos que vivían juntos en una casa vieja; allí los jóvenes en fase de recuperación par-ticipaban regularmente en seminarios de discusión y en un tipo de psicoterapia de grupo que implicaba examen recíproco de todos sus problemas. La Federación de Co-munidades Terapéuticas define la institución como:

"Un grupo microsocial en continua revisión de su pro-pio grado de cohesión en el contexto sociopolítico, cultural y religioso. Se trata de un grupo que afronta los problemas, las dificultades, los riesgos, las inseguridades y las tensiones del vivir cotidiano, buscando un punto de equilibrio entre las emociones, los senti-mientos y la razón".

La comunidad terapéutica vive un proceso educa-tivo-terapéutico que impulsa a conocer en profundidad los comportamientos anormales, para cambiarlos y afrontar los problemas sin necesidad de recurrir a sus-tancias psicoactivas.

Algunas características de la comunidad terapéutica son las siguientes23:

— Plantea una antropología a cuatro dimensiones: bio-psico-socio-espiritual.

— La "racionalidad filosófica" cumple un papel de igual o mayor importancia frente a la "racionalidad científica", en relación al tratamiento del adicto. La teoría de valores, el problema del sentido y significado de la vida, son puntos centrales.

— A la persona adicta se le trata más como "inmadura" , "irresponsable" y no como "paciente".

— La "crisis de abstinencia" se maneja sin me-dicamentos y sin sustancias sustitutas (ejemplo: no se utiliza la metadona como sustituto de la heroína).

— Hay un enfoque más democrático en las rela-ciones entre terapeutas, ex-adictos y personas en tratamiento.

— En la terapia el papel de la persona ex-adicta es determinante.

— Se privilegia un abordaje más de tipo "funcio-nalista" al inicio del tratamiento. Lo primero es evitar que la persona consuma psicoactivos. Después, se cen-tra la atención en la resolución de problemas bio-psico-socio-espirituales.

— El "Esprit de Corps" es muy fuerte. El progreso de cada persona le interesa a toda la comunidad.

— Las comunidades terapéuticas comparten una "filosofía" escrita por Richard Beauvais, un residente de Daytop, quien dice:

"Estoy aquí porque no encuentro refugio de mí mis-mo. Hasta que no me confronte en los corazones y en los ojos de los demás, estaré corriendo.

Hasta que no fuerce a mi prójimo a conocer mis se-cretos, no estaré a salvo de ellos.

Si no permito que me conozcan, no me puedo co-nocer yo mismo ni a nadie más, estaré solo.

¿Dónde, sino en este lugar donde estamos todos en lo mismo puedo encontrar un espejo?

Aquí, juntos, puedo por fin verme claramente. No co-mo el gigante de mis sueños ni como el enano de mis miedos, sino como una persona, parte de un todo, con un mismo propósito.

En este lugar puedo echar raíces y crecer, ya no más solo como en la muerte sino vivo, para mí y para los demás".

Todos los días, antes de cada encuentro importante se recita la filosofía con el grupo. Cada frase es analiza-da y hecha propia por el joven en tratamiento. Normal-mente las comunidades ofrecen un tratamiento en tres fases:

a) Fase de acogida

Es el período de los primeros contactos con el pro-grama. Se participa en reuniones de información y orientación. Al adicto y a la familia se les explica las normas para empezar el tratamiento: mantener abstinen-cia de psicoactivos, trabajos para realizar en la casa, reglas a respetar. En esta primera fase se vive todo el día en la comunidad, pero se duerme en la casa. El adicto no puede permanecer solo, se lleva a la comu-nidad por las mañanas y se acompaña al atardecer.

El primer objetivo es lograr la abstinencia.

b) Fase residencial

Aquí la persona pasa a vivir las 24 horas en la comu-nidad. El tratamiento es muy intenso y en las primeras semanas no se le permite el contacto con sus familiares.

c) Fase de reinserción

El adicto vuelve a su hogar o a otra casa para irse incorporando poco a poco a un nuevo programa de vi-da: trabajo, estudio, vida familiar, etc. Se continúa las reuniones semanales para hacer un seguimiento.

En algunas comunidades hay posibilidades de par-ticipar en "grupos especiales", en tratamientos donde no necesariamente se viven las tres fases descritas anteriormente. Se trata de un tratamiento más personalizado y se cuenta con más asesoría profesional.

10. Modelo mixto (comunidad terapéutica

más intervención de profesionales)

Durante muchos años ha existido una polémica entre los defensores de la comunidad terapéutica y los defen-sores del enfoque médico-psicológico tradicional24: el modelo mixto busca ofrecer una respuesta a esta po-lémica.

Para organizar este modelo es indispensable que el profesional (psicólogo, psiquiatra, médico) viva en una comunidad durante un tiempo y reciba las terapias "co-mo si fuera un adicto". Si logra vivir dentro de la comu-nidad y hacer una reflexión posterior a la vivencia, se tendrán las bases para crear un óptimo sistema de tratamiento.

Este sistema es el que mejores resultados ha dado.

El profesional puede aportar líneas de investigación, seguimiento (Follow-UP) del joven rehabilitado.

En un buen diagnóstico la figura del profesional es determinante.

En ciertas problemáticas (homosexualismo, proble-mas de familia), se necesitan personas con títulos profesionales para colaborar en la rehabilitación del adicto. La guía fundamental dentro de este modelo mixto debe seguir siendo más inclinada hacia el aporte que ha dado la comunidad terapéutica (numeral 9). Basándose en este postulado, desarrollado exitosamente por Charles E. Dederich en Synanon, el profesional puede comenzar a trabajar, pero antes debe vivir en comunidad, para co-nocer las dificultades que deberá afrontar. Si logra su-perar el desafío, habrá dado un paso adelante como te-rapeuta de adictos.

Capítulo V

EL CAMINO

DE LA RECUPERACION-

EXPERIENCIAS

En una persona adicta, rehabilitarse no quiere decir solamente suprimir el consumo de sustancias psicoac-tivas. Podría decirse que esto es lo menos difícil. Lo importante es el cambio de actitud, la reorganización de su vida afectiva, social, laboral, espiritual. Por eso los tratamientos cortos o los "remedios milagrosos" para curar la adicción deberían despertar una cierta descon-fianza en los familiares del adicto. El autor ha visto los mejores resultados en tratamientos que duran entre dos y tres años.

Para la familia no es fácil seguir el proceso de recuperación del adicto. Se necesita mucha perseverancia.

Masini25 describe algunas etapas durante el proceso de recuperación:

— La primera etapa es distanciarse de la angustia, de las tensiones en las cuales la familia se ha visto in-volucrada con el hijo.

— La segunda etapa es reflexionar y orientarse hacia un proyecto de recuperación del hijo. Es el momento de la elección, que debe ser acordada por todos los miembros de la familia. Aún a costa de largas y exte-nuantes conversaciones y discusiones se debe actuar en unidad, en bloque, para lograr enfrentar con éxito las maniobras de saboteo al tratamiento que recibirá la persona adicta. Lo más difícil para los terapeutas no es, en sí, el abordaje al adicto mismo, sino lograr instaurar un diálogo donde haya un mínimo de unidad de criterios en la familia. Si se alcanza este objetivo, el pronóstico será mejor. Es importante advertir que algunos miem-bros de la familia, paradójicamente, tratarán de "sabo-tear" el tratamiento, oponiéndose a éste.

— La tercera etapa consiste en el seguimiento de todo el proceso de crecimiento del joven. El debe poner en práctica las virtudes y cualidades que posee, pero que no ha sabido aprovechar. Este empeño requiere años de trabajo atento porque se trata de educar hacia una "cultura de vida" y no de destrucción que es la que ha desarrollado el adicto.

Es conveniente no tomar decisiones apresuradas en cuanto al trabajo, amigos, estudio, etc., porque el adicto está acostumbrado al "todo y rápido", "casa, carro y beca" inmediatamente (esto en parte también es algo que ha aprendido de los efectos inmediatos de las sus-tancias psicoactivas sobre su organismo: el "flash", la "fuga"). El joven debe aprender a conquistar las cosas con esfuerzo. No se le debe reforzar el "facilismo". Se necesita aumentar el nivel de tolerancia a la frustración y ésta es una buena forma de lograrlo. Respecto a esto, la sociedad capitalista de consumo, ha ayudado al desa-rrollo de la personalidad favorable al consumo de psicoactivos. Existe una mentalidad de enriquecimiento rápido, de logro de objetivos en el menor tiempo y con el menor esfuerzo posible.

— La cuarta etapa es ayudar en la reinserción del in-dividuo en el medio laboral y/o social correspondiente. Después de haber vivido intensamente,

dentro de un programa de tratamiento, no es fácil para el joven, adaptarse. Antes debe buscarse el equilibrio: no dejarlo solo, ni acosarlo; motivarlo para que sea protagonista de su propio destino y asuma sus propias responsabilidades. La recaída puede ocurrir y ella es señal de una debilidad aún no superada del todo. Si un joven está creciendo y orientándose entre las miles de contradic-ciones de la vida ya está mostrando señales visibles por salir adelante.

Hay que tratar de mantener la calma si tiene una recaída. Para muchos este "golpe" les sirve para re-cordar que deben ser humildes y conscientes de sus límites, de su debilidad ante el psicoactivo y no permi-tirse libertades (contactar antiguos compañeros de juer-ga, "probar sólo un poco", frecuentar ciertos sitios, etc.). Este "golpe" bien aprovechado terapéuticamente, con frecuencia, se convierte en trampolín que saca todo lo positivo para salir avante definitivamente. Hay una frase de los Alcohólicos Anónimos que dice "sólo por hoy no consumiré, mañana veremos". El adicto pasivo (es decir el que ya no consume psicoactivos) debe tener presente este lema que le recordará hasta su muerte el límite que le tocó en esta vida (todos tenemos uno). No debe olvidar su debilidad ante la sustancia. El hecho de ser consciente de su límite es su mejor arma de defensa. Cuando se confía, queda a las puertas de la recaída.

Algunos factores que pueden también explicar en algo el fenómeno de la recaída son los siguientes:

1. Problemas aún no superados

Se examina en páginas precedentes la recaída como señal de un conflicto no superado del todo, cuyo diag-nóstico depende de la asertividad del profesional, cuya figura cobra importancia aquí. Según el aporte de la es-cuela de Frankfurt con Habermas, se tendrían varios niveles:

El funcional, "empírico-analítico" (ejemplo: reinser-ción social inadecuada, no control sobre contingencias ambientales: amigos negativos, situaciones angustiantes).

El nivel estructuralista, "histórico-hermenéutico" (problemas psicológicos internos no resueltos, proble-mas de falta de sentido o significado de la vida). El tercer nivel sería el emancipatorio, crítico-social (capa-cidad de crítica autónoma para vencer las "dependen-cias" que va creando la sociedad de consumo. Ejemplo: identificar más el "ser" con el "tener": soy más si tengo más).

En síntesis, si no se hace un buen diagnóstico y una terapia donde el seguimiento individual tenga un buen espacio, aunque el tratamiento sea más de tipo comuni-tario, se aumentan las probabilidades de una recaída.

2. Mayor peso a metodologías

"heterónomas" y menor a las "autónomas"

El limitante en algunas comunidades terapéuticas consiste en que las técnicas empleadas pueden reforzar la heteronomía (se respeta la ley o la norma más

por el "temor" o la presencia del agente externo controlador y no por una convicción propia). Es importante saber "dosificar" los métodos de "ayudas" o "castigos", "je-rarquización", "reforzamientos" (que cumplen un papel importante) para que no representen el mayor tiempo de tratamiento. Después de los primeros meses de tra-tamiento (en el modelo mixto o de comunidad terapéu-tica), en el cual es importante aplicar un tratamiento heterónomo, debe pasarse a una etapa de técnicas y métodos que apoyen un desarrollo superior de la auto-nomía, que represente una buena garantía contra la re-caída. El autor ha visto los mejores resultados de jó-venes rehabilitados en aquellos que han recibido un tra-tamiento (en modelos mixtos o de comunidad tera-péutica), donde la metodología que favorece la auto-nomía es superior cuantitativamente a la metodología heterónoma.

3. Tratamientos a corto tiempo

El problema de la adicción a sustancias psicoactivas no se resuelve en poco tiempo. Las recetas rápidas y milagrosas no son confiables. No puede identificarse una desintoxicación de uno o dos meses en una insti-tución hospitalaria con una verdadera terapia.

¿Cuántas personas hemos visto que se internan en clínicas suizas o norteamericanas para desintoxicarse, pero después de dos o tres meses regresan a su medio social y recaen?

En las investigaciones de seguimiento a personas re-habilitadas, los mejores resultados se han visto en aque-llas que han recibido un tratamiento (mixto o de comu-nidad terapéutica) que oscila entre dos y tres años.

4. No participación de la familia en el tratamiento

La adicción es una dificultad en donde las relaciones interpersonales familiares tienen mucho que ver en cuanto a la etiología y terapia. Una mayor participación de la familia en el tratamiento aumenta las posibilidades de que se resuelvan los conflictos, disminuyendo por ende las probabilidades de recaída.

5. Trabajo deficiente para aumentar

la tolerancia a la frustración

Una característica importante en la persona adicta es la baja tolerancia a la frustración, es decir, las dificul-tades le producen excesivo dolor, le cuesta mucho esfuerzo afrontar los obstáculos, huye con facilidad de los eventos frustrantes. Si en el tratamiento no se au-menta el nivel de tolerancia a la frustración, no se hace un buen trabajo terapéutico. La estrategia que busca "darle gusto", "tener contento" y no "confrontar" al adicto, puede llevar fácilmente a una recaída, porque al adicto no se le ha entrenado para manejar altos niveles de frustración.

Un elemento notable relacionado con la frustración dentro del tratamiento es dar al adicto o mejor descubrir con él sentidos, significados del dolor, ya que

éste hace parte de la realidad diaria. Una clave de lectura como la de la logoterapia puede dar una ayuda enorme para afrontar la frustración, la crisis existencial, la pérdida de sentido de la vida. Consideramos que gran parte de las recaídas del adicto, nacen del hecho de no haber realizado un buen trabajo a nivel existencial y espiri-tual.

6. No participación en grupos de apoyo

El adicto debe ser consciente y aceptar un límite que será permanente. Pero ¿cuál límite? Saber que ya perdió la batalla frente al licor, marihuana o cocaína y que por el resto de su vida no podrá permitirse "libertades" frente a estos vicios, ni frecuentar a sus viejos amigos, adictos activos ni ingerir un trago de licor, ni inhalar un poco de cocaína, creyendo que podrá controlarse. El adicto pasivo (que ya no consume, rehabilitado), debe aceptar que su ser bio-psico-espiritual no es como el de aquellas personas que consumen licor, esporádica-mente, en reuniones sociales, pero nunca pierden el control ni se "emborrachan"; o las que probaron cocaína o marihuana, alguna vez, por curiosidad, pero no desa-rrollaron la adicción y abandonaron el consumo.

Al aceptar su condición de adicto pasivo y asistir con alguna frecuencia a los grupos de apoyo, para reci-bir orientación, confrontarse y colaborar en tratamien-tos, encontrará una garantía contra la recaída. Conoce-mos personas que durante 10-15 años frecuentan sus grupos de apoyo varias veces al mes, sin haber sufrido ninguna recaída.

Al terminar el programa de tratamiento (2-3 años) y dejar al mismo tiempo los grupos de apoyo, sin asistir por lo menos una vez al mes, existe más riesgo de recaída.

Historia de lucha por la vida

Hemos querido describir algunas historias de per-sonas que se enfrentan al problema de adicción a sus-tancias psicoactivas, a quienes se les ha hecho una en-trevista sencilla para que expresen sus vivencias, éxitos y fracasos.

Guillermo

Es un comerciante de 32 años, casado y padre de tres hijos. Lleva un año de abstinencia alcohólica.

— ¿Qué motivos cree que lo llevaron a consumir alcohol?

— Creo que fue por mi padre y los amigos. El beber para ellos era cosa de "machos", el hombre debía aprender a tomar; ese es el pensamiento de ellos.

— Describa cómo fue la primera vez que se "emborrachó".

— Tenía aproximadamente 16 años. Fui con un hermano a buscar a mi papá a una tienda y allí nos invitó a tomar cerveza, para demostrarle a sus amigos que sus hijos ya eran grandes y "machos".

— Describa algunos hechos de su vida de alcohólico activo.

— La plata no me alcanzaba para nada. Sema-nalmente me "emborrachaba" y durante los últimos cuatro años sufría "lagunas mentales"; no recordaba cómo había llegado a la casa, quién me había llevado. Mi señora y mis hijos sufrieron mucho; las discusiones con mi esposa delante de los niños, los estaban destrozando. Notaba como después de las "borracheras" mis amigos se burlaban de mí.

Me proponía muchas metas pero no las alcanzaba, y le echaba la culpa a los demás; vivía sobresaltado, apocado.

— ¿Cuándo fue la última vez que se "emborrachó" y qué cree que lo hizo aceptar el tratamiento?

— Fue en noviembre 30 del año 92. Llevaba varias semanas sin "emborracharme" y confiaba en que podría salir adelante y dejar el alcohol solo, pero volví a caer. Allí comprendí con la ayuda de mi esposa (que ya frecuentaba algunas reuniones con un psicólogo) que necesitaba la ayuda de un grupo, y decidí seguir en serio un tratamiento.

—¿Qué piensa del alcohol en estos momentos?

— Es una manera de embrutecerse uno. Se busca por medio de éste, evadir responsabilidades. Se cree que uno goza de la vida, pero al final no se goza, se vive en un estado de "adormecimiento", se quiere evadir la realidad.

— ¿Qué piensa de una eventual recaída. Cómo cree que la afrontaría?

— Me aterra pensar que me pueda suceder. Confío en que esta vez sí saldré adelante. Ahora vivo mejor, ya no se burlan de mí. Me respetan. He progresado en el trabajo y no voy a tirar todo, por la cerveza.

— ¿Qué le diría a las personas alcohólicas activas?

— Tengo varios amigos a los cuales he invitado a las reuniones y les cuento lo diferente que me siento ahora. Para vencer el alcoholismo es necesario dejarse ayudar y aceptar que a uno solo, le es casi imposible salir adelante. La frase que me enseñaron: "Sólo tú puedes hacerlo, pero no puedes hacerlo solo", es una gran verdad. (Lo resaltado es nuestro).

El tratamiento dado a Guillermo se basa en el mo-delo mixto (intervención profesional y enfoque de co-munidad terapéutica), se realizan reuniones dos veces por semana: terapia individual, de pareja y grupal.

Patricia

Es la esposa de Guillermo. Ha participado activa-mente en el tratamiento, lo cual permite hacer un buen pronóstico.

— ¿Por qué cree que su esposo aceptó el tratamiento?

— Pienso que el motivo que llevó a mi esposo a aceptar la terapia fue la presión que hice cuando le dije que estaba dispuesta a no admitirle más la forma de vi-da que él estaba llevando con el alcohol y las cosas que hacía por

causa de éste. Al decirle las cosas de esta ma-nera, él me pidió ayuda y decidí darle una oportunidad.

— ¿Qué cambios ha notado en su esposo en los úl-timos meses?

— Los cambios han sido maravillosos, en relación con mis hijos y en nuestra vida de pareja. Es un hombre totalmente diferente; lo veo más despejado, más ani-mado y deseoso de superarse cada día más.

— Describa algunas experiencias ocurridas cuando su esposo consumía alcohol.

— Cuando se "emborrachaba", lo cual hacía con mucha frecuencia, se transformaba en una persona to-talmente diferente. Se volvía creído, se alababa mucho, no le importaba nada de su familia, nos hacía sufrir mucho a nuestros hijos y a mí. Comía como un animal, gritaba y jugaba con los perros, besándolos y abrazán-dolos. Esto a mí me extrañaba mucho, ya que cuando no se encuentra bajo los efectos del alcohol, le teme a los perros. Otra cosa que notaba era su coquetería con las mujeres y cuando cogía taxi para llegar a casa, se valía de trampas para engañar al taxista y no pagarle.

— ¿Qué consejos le daría a una esposa o compañera que tuviera una pareja alcohólica?

— Que antes de tomar la decisión de abandonarlo, se dé cuenta de que es un ser humano necesitado de mucha comprensión, cariño y paciencia, que no puede salir por sí solo, de esta enfermedad. Hay que compro-meterlo para que se ayude a sí mismo. (Lo resaltado es nuestro).

Pedro

Joven de 27 años. Vive con sus padres. Ha tenido crisis psicóticas y mensualmente se le aplica una in-yección de Piportil (medicamento antipsicótico). Estu-vo en comunidad terapéutica, pero abandonó el trata-miento. Adicto a la marihuana y al basuco. Lleva 15 meses de abstinencia.

— ¿Qué motivos cree que lo llevaron a consumir sustancias psicoactivas?

— Creo que uno de los motivos fue que no me hu-bieran hablado de las consecuencias negativas que pro-ducen. También la clase de amigos que fui conociendo.

— Describa cómo fue la primera vez que se "em-borrachó".

— En mi época se hacía mucha chicha y se vendían los "chicheros" (una especie de rosquilla hecha de harina) que valían un centavo; mi mamá vendía "fri-tanga" y chicha. Un día yo comencé a comer "chi-cheros" mojados en "chicha". Tenía como unos trece años. Esa fue mi primera "borrachera".

— Describa algunos hechos de su vida de alcohólico activo.

— Estuve unos 35 años "nadando" en alcohol. Al comienzo me "emborrachaba" en las fiestas solamente. Después varias veces a la semana. Al

principio tenía bastante resistencia, pero después me "mareaba" con unas pocas copas. Decía que nadie me quería y culpaba a todo el mundo. Llegué a ser un constructor de casas muy famoso pero el licor me arruinó y terminé ven-diendo "cachivaches" en las calles, en una carretilla vieja.

Un día, un amigo me invitó a una reunión en Alcohólicos Anónimos, yo asistí y me sorprendió que me dedicaran toda la reunión a mí. Ese día no tomé y al otro día tuve plata para el desayuno de mi familia; hacía mucho tiempo que no aportada comida a mis hi-jos. Los primeros días fueron muy difíciles, pero hubo una frase que me dio mucho valor: "Por este día no be-beré, mañana veremos" (lo resaltado es nuestro), y to-dos los días la tenía en la mente.

— ¿Qué piensa del alcohol en estos momentos?

— Uno nunca debe confiarse frente al licor; debe entender que el peligro está en el primer trago, por eso hay que ser fiel a las reuniones semanales del grupo de Alcohólicos Anónimos para recordar nuestra debilidad.

Javier es un coordinador de grupo de Alcohólicos Anónimos en su barrio del sur de Bogotá. Allí dos ve-ces por semana, sigue adelante infundiendo la esperanza de que sí se puede salir de la adicción.

Índice

¿Qué hacer con un hijo adicto? 2
José Arturo Luna 3
Dedicatoria 4
Introducción 5
Capítulo I 6
A. ¿Qué es la adicción a sustancias psicoactivas? 6
B. Características del adicto 10
C. ¿Por qué el adicto se "apega" tanto a la sustancia? 11
Capítulo II 25
EN EL COMPORTAMIENTO DEL JOVEN CONSUMIDOR DE PSICOACTIVOS 25
Capítulo III 30
CUANDO DESCUBRO QUE UN HIJO CONSUME SUSTANCIAS PSICOACTIVAS? 30
A. No niegue el problema 30
B. Períodos de la adicción 34
C. Formas de enganche para el tratamiento 35
Capítulo IV 42
TRATAMIENTOS POSIBLES 42